

5014

# Ontwikkeling

# in

G E G E V E N S   V A N

# verzorgingshuizen?

L O N G I T U D I N A A L

O N D E R Z O E K

C.M.S. van Loveren-Huyben



Ontwikkeling  
in  
G E G E V E N S   V A N  
verzorgingshuizen?  
L O N G I T U D I N A A L  
O N D E R Z O E K

C.M.S. van Loveren-Huyben

Loveren-Huyben, Cornelia Maria Sergia van

Ontwikkeling in verzorgingshuizen? : gegevens van  
longitudinaal onderzoek / Cornelia Maria Sergia van

Loveren-Huyben. - [S.l. : s.n.]. - Ill.

Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen. -

Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9008156-9

NUGI 723

Trefw.: verzorgingstehuizen

Druk: SSN Nijmegen

Ontwerp omslag: H. te Boekhorst

Vormgeving: H. te Boekhorst en A. van Loveren

© 1995 C.M.S. van Loveren-Huyben, Beuningen

Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur



# **Ontwikkeling in verzorgingshuizen?**

**Gegevens van longitudinaal onderzoek**

**Een wetenschappelijke proeve op het gebied  
van de Sociale Wetenschappen**

**Proefschrift  
ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Katholieke Universiteit Nijmegen,  
volgens besluit van het College van Decanen  
in het openbaar te verdedigen op  
dinsdag 25 april 1995,  
des namiddags te 1.30 uur precies  
door**

**Cornelia Maria Sergia van Loveren-Huyben  
geboren 2 november 1955 te Woensdrecht**

**Beuningen 1995**

Promotor: prof.dr. J.M.A.Munnichs  
Co-promotor: dr. J.A. van der Bom





## Voorwoord

Dit proefschrift gaat over een bepaalde groep ouderen, namelijk verzorgingshuisbewoners. Het is de vrucht van longitudinaal psychologisch onderzoek. Het beschrijft de ontwikkeling van gedrag over een periode van maximaal vijf en half jaar. De wordingsgeschiedenis van deze studie strekt zich echter over een veel langere periode uit.

De eerste ideeën voor dit onderzoek kreeg ik in het begin van de jaren tachtig. Ik deed toen psychologisch testonderzoek in verzorgingshuizen. De proefpersonen brachten er opvallend weinig van terecht. Zo weinig dat ik niet kon geloven dat de oude mensen in die verzorgingshuizen zó incompetent waren. De overtuiging dat ouderen tot meer in staat moesten zijn dan uit testonderzoek bleek, was de drijfveer van een andere benadering die uiteindelijk heeft geleid tot deze studie. De kern van deze benadering luidt: uitgaan van de mogelijkheden van de oudere mens zelf. Deze gedachte vormt ook de leidraad bij mijn huidige studie en dienstverlening op het gebied van de ouderenzorg in het algemeen en de verzorgingshuiswereld in het bijzonder.

Mijn belangstelling voor de gerontologie is gewekt door mijn co-promotor, Jan van der Bom. Als zijn student-assistent maakte ik kennis met het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Samen met hem heb ik vervolgens mijn eerste stappen gezet op het gebied van gedragsobservatie in verzorgingshuizen.

Naast hem was het vooral mijn promotor, professor Munnichs, die de grondslag legde voor een andere benadering van de ouder wordende mens. Steeds opnieuw ook stimuleerde hij mij om de draad van mijn onderzoek niet los te laten en uiteindelijk af te werken.

In de voorbije jaren heeft een veel ruimere kring van collega's en medewerkers op verschillende plaatsen en manieren bijgedragen aan het onderzoek en aan deze studie. Allereerst denk ik daarbij aan degenen met wie ik heb samengewerkt op de universiteit. Zij vormden een klankbord voor mijn gedachten. Met name wil ik hier Peter Bronts, Rob Toonen en Gerrie van Dongen noemen: zij hebben de publicatie van de onderzoeksgegevens mede mogelijk gemaakt.

Daarnaast gaan mijn gedachten uit naar de medewerkers van Van Loveren & Partners B.V. Zij gaven mij de ruimte om het onderzoek af te ronden en deze studie te schrijven. Gevraagd en ongevraagd voorzagen zij het onderzoek van kritische kanttekeningen. Een speciaal woord van dank wil ik richten aan Marja Spruijt, die veel werk heeft verzet voor de vormgeving van deze studie.

Ook het personeel van ‘Zorgvliet’ en ‘De Oldenzaag’ ben ik dank verschuldigd. Zonder hun inzet zou ik nooit de gegevens voor dit onderzoek hebben verkregen. In afgeleide zin is deze studie dan ook de vrucht van de grote inspanningen die zij zich hebben getroost.

Tenslotte wil ik ook mijn familie en gezin noemen. Mijn moeder wil ik bedanken voor al die keren dat zij mij de gelegenheid gaf met mijn proefschrift bezig te zijn door mijn kinderen op te vangen. Joris en Fianne konden niet altijd begrijpen waarom hun mama nu wéér moest werken, maar ze hebben zich zo goed mogelijk aangepast aan deze in hun ogen onnatuurlijke situatie. Tenslotte -en daarmee eigenlijk in de eerste plaats- dank ik mijn man, Ad. Hij heeft altijd het vertrouwen gehad in mijn mogelijkheden om het proefschrift af te ronden. Zonder zijn steun zou deze studie niet tot stand zijn gekomen.







# Inhoudsopgave

<b>Opbouw van de studie</b>	<b>1</b>
<b>Deel I</b>	<b>3</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>2. Het verzorgingshuis en zijn bewoners</b>	<b>7</b>
2.1 Geschiedenis van het verzorgingshuis	7
2.2 Taak en functie van het verzorgingshuis	8
2.3 De bewoners van het verzorgingshuis	10
<b>3. Beeldvorming van ouderen</b>	<b>13</b>
3.1 Het algemeen maatschappelijk beeld	13
3.2 Beeldvorming in het verzorgingshuis	14
<b>4. Het verzorgingshuis als instituut</b>	<b>17</b>
4.1 Kenmerken van een totale institutie	17
4.2 Het verzorgingshuis als totale institutie	19
4.3 Psychosociale kenmerken van verzorgingshuizen	23
<b>5. Interactie</b>	<b>27</b>
5.1 De wisselwerking tussen ouderen en hun omgeving	27
5.2 Interactiemodellen	28
5.3 De 'ideale' omgeving	32
<b>6. Vraagstelling</b>	<b>35</b>
6.1 Theorievorming en het proces van achteruitgang	36
6.2 Het effect van interventie	37
<b>Deel II</b>	<b>41</b>
<b>7. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel</b>	<b>43</b>
7.1 Probleemstelling	43
7.2 Plaats van onderzoek	45

<b>7.3</b>	<b>Methoden</b>	<b>46</b>
7.3.1	Lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoefvendheid	46
7.3.2	Beoordeling van gedragskenmerken	47
7.3.3	Structuur en interne consistentie	48
7.3.4	Externe validiteit	49
<b>7.4</b>	<b>Cross-sectionele en longitudinale resultaten</b>	<b>51</b>
7.4.1	Lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoefvendheid	51
7.4.2	Psychische en sociale problemen	52
7.4.3	Samenhang tussen ADLP en psychische en sociale problemen	53
<b>7.5</b>	<b>Discussie</b>	<b>54</b>
<b>7.6</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>56</b>
<b>8.</b>	<b>Gedragsbeoordeling over tweeënhal jaar</b>	<b>57</b>
8.1	Vraagstelling	57
8.2	Methoden en onderzoeksgroep	58
8.3	Resultaten	59
8.3.1	Cross-sectionele vergelijking	59
8.3.2	Longitudinaal verloop	60
8.3.3	Verloop bij nieuw-opgenomen bewoners	61
8.3.4	Verloop in het laatste verblijfsjaar	63
8.3.5	Samenhang tussen de vier dimensies	64
8.4	Discussie en conclusies	64
8.5	Implicaties voor beleid	65
8.6	Samenvatting	67
<b>9.</b>	<b>Het effect van organisatieveranderingen</b>	<b>69</b>
9.1	Inleiding	69
9.2	Probleemstelling	69
9.3	Organisatorische maatregelen	71
9.4	Methoden en onderzoeksgroepen	72
9.5	Resultaten	73
9.5.1	Cross-sectionele vergelijking	73
9.5.2	Longitudinaal verloop	75
9.5.3	Verloop bij nieuw-opgenomen bewoners	78
9.5.4	De uitval	80
9.5.5	Verandering in de samenhang tussen de vier factoren	81
9.6	Conclusies	81
9.7	Discussie	82
9.8	Samenvatting	84

<b>10. De evaluatie van de groepsopvang</b>	<b>87</b>
10.1 Inleiding	87
10.2 Probleemstelling	87
10.3 Opzet van het onderzoek	89
10.3.1 Beschrijving van het programma	89
10.3.2 Methoden	90
10.3.3 Onderzoeksgroepen	91
10.4 Resultaten	92
10.4.1 Eerste groep	92
10.4.2 Tweede groep	94
10.4.3 Totale huis	97
10.5 Vergelijking met 'controlegroepen'	98
10.6 Conclusies en discussie	100
10.6.1 Resultaten	100
10.6.2 Kanttekeningen	101
10.7 Samenvatting	102
 <b>11. De laatste levensfase</b>	 <b>103</b>
11.1 Inleiding	103
11.2 Probleemstelling	103
11.3 Methoden en onderzoeksgroepen	106
11.4 Vraagstelling	108
11.5 Resultaten	108
11.5.1 Overledenen versus overlevenden	108
11.5.1.1 Groepsgemiddelden	108
11.5.1.2 Specifieke groepskenmerken	110
11.5.2 Overlevenden vóór en na de organisatieveranderingen	112
11.5.2.1 Groepsgemiddelden	112
11.5.2.2 Specifieke groepskenmerken	112
11.5.3 Acht maanden vóór overlijden: vóór en na de organisatieveranderingen	112
11.5.3.1 Groepsgemiddelden	112
11.5.3.2 Specifieke groepskenmerken	114
11.5.4 Ruim anderhalf jaar vóór overlijden: vóór en na de organisatieveranderingen	115
11.5.4.1 Groepsgemiddelden	115
11.5.4.2 Specifieke groepskenmerken	117
11.6 Conclusies en discussie	118
11.7 Samenvatting	120

<b>Deel III</b>	<b>123</b>
<b>12. Inleiding</b>	<b>125</b>
<b>13. Samenvatting van de resultaten</b>	<b>127</b>
13.1 Algemene conclusie van het onderzoek	127
13.2 Resultaten tot de interventie in 'Zorgvliet'	127
13.3 Resultaten na de interventie in 'Zorgvliet'	129
13.4 Resultaten na interventie ten aanzien van de laatste levensfase	131
13.5 Resultaten na de interventie in 'De Oldenzaag'	132
<b>14. Discussie</b>	<b>133</b>
14.1 Beeldvorming	133
14.2 Institutionaliserings	135
14.3 Interactie	138
<b>15. Verantwoording van de methode</b>	<b>141</b>
15.1 Enkele kanttekeningen	141
15.2 Gedragsobservatie	142
15.3 Betrouwbaarheid	144
15.3.1 Interne consistentie	145
15.3.2 Stabiliteit	145
15.3.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid	146
15.3.4 Beoordelingsprocedure	146
15.4 Validiteit	147
15.4.1 Begripsvaliditeit	147
15.4.2 Criteriumvaliditeit	148
15.4.4 Meetpretentie van de ADLP-schaal en de BPS	149
15.5 Opzet van het onderzoek	150
15.6 Representativiteit	152
15.6.1 Tehuiskenmerken en bewonerskenmerken	152
15.6.2 Werkwijze en kwaliteit van zorg	153
15.6.3 Lichamelijke hulpbehoefte en psychosociale problematiek	155
15.6.3.1 Onderzoek in andere verzorgingshuizen	155
15.6.3.2 Onderzoek ten aanzien van nieuwe bewoners	156
15.7 Generaliseerbaarheid	158
<b>16. Vervolgonderzoek</b>	<b>161</b>

<b>Samenvatting</b>	<b>165</b>
<b>Summary</b>	<b>171</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>177</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>191</b>
<b>Curriculum vitae</b>	<b>199</b>



## **Opbouw van deze studie**

Onze studie valt uiteen in drie delen. In het eerste deel schetsen wij het kader van ons onderzoek. Daarbij richten wij onze aandacht allereerst op het verzorgingshuis zelf. Na een korte terugblik kijken we naar de functie van het huidige verzorgingshuis en naar de bewoners ervan. Vervolgens vragen wij ons af welk beeld de samenleving heeft van ouderen in het algemeen en van verzorgingshuisbewoners in het bijzonder. Daarna gaan we in op het fenomeen institutionalisering en op de interactie tussen bewoners en hun omgeving. Dit alles vormt de opmaat tot de vraagstelling van ons onderzoek.

In het tweede deel presenteren we de resultaten. Deze presentatie bestaat uit een vijftal artikelen, die reeds eerder zijn verschenen in het Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie. In het eerste artikel beschrijven we de aard en de omvang van de psychosociale en lichamelijke problematiek van onze onderzoeksgroep en gaan we in op de bruikbaarheid van de gevolgde methode. In het tweede artikel houden we ons bezig met het verloop en de mogelijke oorzaken van de geschetste problematiek. De effecten van de doorgevoerde veranderingen in de organisatie en de werkwijze komen aan bod in het derde artikel. Het vierde artikel is gewijd aan de effecten van de groepsopvang. In het vijfde artikel tenslotte houden wij ons bezig met de groep bewoners die in de terminale fase verkeren. De vijf artikelen zijn integraal overgenomen, behoudens enkele stilistische correcties en een aangepaste literatuurverwijzing.

In het derde deel van deze studie kijken we nog eens kritisch naar de resultaten van ons onderzoek. We beginnen dit deel met een korte beschrijving ervan. In de daaropvolgende discussie zetten we de resultaten van ons onderzoek af tegen de literatuur die wij in het eerste deel hebben weergegeven. Vervolgens plaatsen we enkele kanttekeningen bij de door ons gehanteerde methode. Aansluitend doen wij enkele suggesties voor vervolgonderzoek.

Het geheel wordt afgesloten met een samenvatting in het Nederlands en in het Engels.





# DEEL I



## 1. Inleiding

‘De ouderdom komt met gebreken’ is een bekend gezegde over het ouder worden. Het verwijst naar de lichamelijke en geestelijke ongemakken waarmee men als oudere te maken krijgt. Het gezegde verwoordt een algemeen erkende, door ervaring opgedane waarheid: iedereen stelt vast dat het zo is. Maar het is niet louter een constatering. Er spreekt ook een zeker fatalisme uit: de achteruitgang is constant en onontkoombaar, wat je ook doet. Het is deze idee die -onbewust- het spreken en denken over het ouder worden nog altijd overheerst, ondanks alle nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van ouderen.

Wij vragen ons af of dit beeld van het ouder worden recht doet aan de werkelijkheid. Daarvoor gaan we bij een zeer kwetsbare groep ouderen uit onze samenleving na of er sprake is van louter toename van ‘gebreken’, dan wel of er (nog) ontwikkelingsmogelijkheden bestaan. We doen dat door middel van een onderzoek naar het functioneren van verzorgingshuisbewoners. Onze veronderstelling luidt dat als er bij deze zeer oude mensen nog ontwikkelingsmogelijkheden zijn, dit zeker ook voor minder kwetsbare ouderen opgaat.

Om het onderzoek goed te kunnen plaatsen schetsen we in het eerste deel van deze studie het kader. Allereerst besteden we aandacht aan het verzorgingshuis zelf. Hier komen achtereenvolgens de ontstaansgeschiedenis, de taak en functie en de bewoners van het verzorgingshuis ter sprake. Vervolgens geven we een globale beschrijving van de beeldvorming van ouderen in het algemeen en van verzorgingshuisbewoners in het bijzonder. In de twee daaropvolgende hoofdstukken gaan we nader in op het verzorgingshuis als instituut en op de interactie tussen personeel en bewoners. Tenslotte formuleren we de algemene vraagstelling van ons onderzoek.



## **2. Het verzorgingshuis en zijn bewoners**

### **2.1 Geschiedenis van het verzorgingshuis**

Sinds de tweede wereldoorlog hebben zich in de woonvoorzieningen voor ouderen belangrijke veranderingen voorgedaan. Deze hebben te maken met de huisvesting en de regelgeving. Het bewustzijn van deze veranderingen leidt tot een beter inzicht in de positie van de huidige verzorgingshuisbewoner.

Vóór de oorlog bestaan er uiteenlopende woonvormen voor ouderen. Voor hen die niet in hun eigen levensonderhoud kunnen voorzien, zijn er de armen- of oudeliedenhuizen (Nies, 1992). De bewoners ervan zijn afhankelijk van de liefdadigheid van hun medeburgers (armenzorg). Daarnaast bestaan er voor de beter gesitueerden pensioentehuizen (Munnichs, 1984). De meeste van deze huizen zijn in particuliere handen. Hun aantal is echter lang niet voldoende om het toenemend aantal ouderen dat na 1945 een beroep op huisvesting en verzorging doet, onderdak te verschaffen. De naoorlogse woningnood maakt de situatie nog eens extra nijpend.

In de jaren vijftig worden er dan ook veel pensioentehuizen bijgebouwd. Ouderen worden aangemoedigd om gebruik te maken van deze speciaal voor hen gebouwde woonvoorzieningen. Dit leidt tot een explosieve groei. In 1962 telt Nederland al bijna 80.000 plaatsen in tehuizen. De snelle toename heeft ook haar schaduwkanten: soms worden te hoge pensioenprijzen berekend, dan weer te veel ouderen in de beschikbare ruimte ondergebracht. Daardoor groeit de behoefte aan toezicht van overheidswege: in 1963 wordt de Wet op de Bejaardenoorden (WBO) aangenomen.

In de WBO wordt een bejaardenoord omschreven als een inrichting waarin aan tenminste vijf personen van 65 jaar of ouder duurzame huisvesting wordt verschaft, gepaard met gehele of gedeeltelijke verzorging. Provinciale Staten en -onder bepaalde voorwaarden- gemeenten worden verplicht om richtlijnen te geven voor toezicht op en inspectie van de bejaardenoorden (Bijsterveld, 1991). Ook moet de provincie regels opstellen ten aanzien van de zorg voor hygiëne, de veiligheid en de gezondheid, de personele samenstelling, de inrichting van het gebouw en de boekhouding. Tenslotte is de provincie bevoegd regels te stellen met betrekking tot de vrijheid voor bewoners om hun leven naar eigen inzicht in te vullen. In de praktijk leidt dit laatste tot grote verschillen tussen de instellingen (Munnichs, 1984).

In die tijd is het algemene beeld dat oude mensen in zo'n instituut thuishoren. Het biedt plaats aan ouderen die niet meer zelfstandig willen of kunnen blijven wonen, daarentegen lichamelijk en geestelijk gezond zijn. Op den duur blijken er in de bejaardenoorden evenwel ook mensen te wonen die vanwege hun aandoeningen lichamelijke verzorging nodig hebben. Hiermee begint de ontwikke-

ling naar de zogenaamde 'verzorgingshuizen'. Bovendien is de vraag nog altijd groter dan het aanbod en blijven de prijzen -en daarmee ook het beroep op de Algemene Bijstandswet- onrustbarend stijgen. Als gevolg van deze ontwikkeling kan niet iedere oudere die dat wil, zonder meer in het bejaardenoord worden opgenomen.

Al in 1971 wordt de WBO herzien. Door middel van betere planning, prijsregulering en indicatiestelling wil men greep krijgen op de groei van het aantal tehuizen. Tegelijkertijd wordt een commissie ingesteld die de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk ter zake moet adviseren: de Centrale Commissie Bejaardenoorden (CCB). De CCB kent vier subcommissies, één voor elk van de genoemde aandachtsvelden en één voor de omschrijving van de taak en de functie van het verzorgingshuis.

Eén van de eerste adviezen van de CCB betreft de opname van bejaarden in tehuizen. Op 1 januari 1977 worden bij Algemene Maatregel van Bestuur indicatiecommissies ingesteld. Deze commissies formuleren de regels voor opname en stellen aan de hand van de verzorgingsbehoefte de urgentie van de aanvragen vast. Zonder hun advies is opname voortaan uitgesloten. De verzorgingshuizen staan onder druk om bij opname voorrang te geven aan diegene die de hulp het hardst nodig heeft. Niettemin behouden zij het recht van vrije keuze uit de hele groep geïndiceerden. Deze regeling geldt tot op de dag van vandaag.

Vanaf de zestiger jaren groeit het aantal plaatsen in tehuizen gestaag. Aan het eind van de jaren tachtig zijn er bijna 1.500 verzorgingshuizen in Nederland, met in totaal 144.000 plaatsen (Tweede Kamer der Staten Generaal, 1990a). Volgens de meest recente gegevens wonen er op dit moment -als gevolg van de capaciteitsreductie- circa 127.000 ouderen in verzorgingshuizen (Van der Wel, Van Rossum, Majoor, Slootweg en Nouws, 1994).

Hoewel men vrij algemeen van 'het verzorgingshuis' spreekt, zijn de verschillen tussen de huizen groot. Dit betreft zowel de tehuiskenmerken als de bewonerskenmerken (Munnichs en Janmaat, 1969; Spauwen-Micka, 1975; Van der Bom en Van Loveren-Huyben, 1990; Van Westerhoven, Van Loveren-Huyben en Bronts, 1992).

## **2.2 Taak en functie van het verzorgingshuis**

De subcommissie van de CCB die de taak en de functie van het verzorgingshuis nader moest omschrijven, komt eind jaren zeventig met een advies in dezen naar buiten (CCB, 1979). Het verzorgingshuis wordt daarin omschreven als *een ondersteunend woonmilieu voor verzorgingsbehoevende bejaarden*. Daarin kan 'de bejaarde dankzij de personele en individuele voorziening weer zijn eigen leefwijze in zijn eigen milieu (kamer) en temidden van

andere oudere mensen in soortgelijke omstandigheden geheel overeenkomstig zijn eigen inzichten voortzetten’.

Met *ondersteunend woonmilieu* wordt bedoeld dat de individuele persoon zoveel hulp wordt geboden als nodig is om zich (weer) zelfstandig te kunnen (gaan) gedragen. De doelstelling van het verzorgingshuis is volgens de CCB (1979): ‘Het in combinatie bieden van huisvesting en van gedeeltelijke dan wel volledige verzorging en begeleiding in de eigen woonsfeer zonder dat er sprake is van het geven van voortdurende verpleging’.

In deze formuleringen wordt grote nadruk gelegd op de eigen leefwijze, het eigen milieu, de eigen inzichten en de eigen woonsfeer van de bejaarde. De zelfstandigheid en het eigen welzijn van de ouder wordende mens vormen -naar het oordeel van de CCB- voor het verzorgingshuis de leidraad bij het bieden van huisvesting en verzorging.

Ter realisering van de doelstelling omvat het voorzieningenpakket van het verzorgingshuis de volgende taken:

1. taken afhankelijk van de behoefte van het individu (met name op het gebied van verzorging en begeleiding);
2. taken ten behoeve van alle personen in het tehuis (huishoudelijke taak en taken op het terrein van voeding, wonen en huisvesting);
3. andere taken (verplegingstaak).

De inhoud van deze taken is door de CCB nader uitgewerkt. In verband met de specifiek verzorgende taak wordt opgemerkt dat ‘een verantwoorde en goede verzorging is gebaseerd op een weloverwogen beoordeling van de omstandigheden van iedere bejaarde, mede gesteund op het eigen inzicht en de verlangens en wensen van de bejaarde zelf.’ Onder deze taak verstaat de CCB niet alleen de lichamelijke verzorging, maar ook immateriële aspecten zoals het bevorderen van sociale contacten. Sociale begeleiding dient de basis te vormen voor het gehele werkpatroon. Bovendien wordt uitdrukkelijk aandacht besteed aan de preventieve kant van de zorgverlening. Ook stelt de CCB dat overbodige hulp leidt tot een snellere teruggang van de zelfredzaamheid.

In 1976 heeft dezelfde subcommissie een advies uitgebracht over de noodzaak van groepsverzorging in verzorgingshuizen (CCB,1976). Zij stelt dat het in sommige huizen voor enkele bewoners beter is dat zij in een kleine groep van vijf tot zes bewoners verblijven, omdat ze een grote behoefte aan gezelschap hebben, of omdat ze voortdurend erg veel aandacht van het personeel vragen. Hierbij mogen de grenzen met het verpleeghuis niet uit het oog worden verloren (Munnichs, 1984). Hiermee wordt het takenpakket van het verzorgingshuis verder gedifferentieerd.

De laatste jaren staan de taak en de functie van de verzorgingshuizen onder zware druk. Sinds het midden van de tachtiger jaren zijn ze onder andere geconfronteerd met flankerend ouderenbeleid, reikwijdteverbreding, substitutie verpleeghuiszorg, extramuralisering van de zorgverlening, kwaliteitsbeleid, voorbereiding op andere vormen van financiering en het uitwerken van een functiegericht benadering (Van Westerhoven e.a., 1992; Van der Wel e.a., 1994).

In 1993 is een nieuwe adviescommissie ingesteld: de Commissie modernisering ouderenzorg. Deze moest de minister van WVC op korte termijn adviseren over ingrijpende maatregelen met betrekking tot de ouderenzorg, met name in het licht van de financiële beheersbaarheid van de zorgverlening. Deze commissie, naar haar voorzitter 'Commissie-Welschen' genoemd, heeft in het voorjaar van 1994 geadviseerd om een scheiding aan te brengen tussen wonen en zorg, de zorgverlening niet meer automatisch te koppelen aan de woonvoorziening, niet alleen in ruimtelijk maar ook in financieel opzicht, en in verband hiermee het aantal plaatsen in verzorgingshuizen verder terug te brengen (Commissie modernisering ouderenzorg, 1994). Verzorgingsbehoeftige ouderen zouden voortaan een beroep moeten doen op de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In 1995 wordt naar verwachting de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht. Daarin is onder andere opgenomen dat de zorgverlening in de instellingen moet voldoen aan welomschreven kwaliteitseisen. Zorgverleners zijn verplicht om verantwoorde zorg te bieden, voldoende en kwalitatief goed personeel in dienst te hebben en de kwaliteit van de verleende zorg systematisch te bewaken. Tegelijkertijd treedt de overheid verder terug in haar bemoeienis met de concrete invulling van de ouderenzorg als zodanig.

Algemeen luidt de conclusie dat het verzorgingshuis in de huidige vorm geen lang leven meer beschoren is. Tekenend voor deze ontwikkeling is wel het feit dat sinds 1 januari 1995 de belangenvereniging 'Vereniging Nederlandse Bejaardenoorde' (VNB) haar naam heeft gewijzigd in 'WoonZorg Federatie' (WZF). Hiermee lijkt het bejaardenoord definitief van het toneel van de ouderenzorg verdwenen: de nieuwe federatie ziet het woonzorgcentrum als het 'bejaardenoord' van de toekomst.

## **2.3 De bewoners van het verzorgingshuis**

In de loop der jaren heeft door strakkere planning en stringenter opnamebeleid een verandering plaatsgevonden in de verzorgingshuispopulatie (Bijsterveld, 1991). De huidige bewoners zijn voor het merendeel hoogbejaarde mensen. Zij hebben vooral behoefte aan veiligheid en zijn kwetsbaar door hun trager tempo, hun geringere mobiliteit en hun psychische gesteldheid. Lichamelijke hulpbehoevendheid is een voorwaarde voor opname; gevoelens van eenzaamheid spelen vaak ook een rol (De Jong-Gierveld en Kamphuis, 1989;



De Lange, 1991). Bovendien zijn ze door een verminderd functioneren van de zintuigen veelal aangewezen op een uiterst zorgvuldige benadering in de contacten (Marcoen, 1991).

In 1994 is de gemiddelde leeftijd van de circa 127.000 Nederlandse verzorgingshuisbewoners 84 jaar. Zij wonen gemiddeld 4,5 jaar in het verzorgingshuis. Van alle 65-plussers in Nederland woont 7,3% in een dergelijk huis. Van de ouderen boven 80 jaar is dat 30%, van de ouderen boven 90 jaar 40% (Huijsman, 1990). Ruim drie kwart van de bewoners is vrouw en 80% is alleenstaand. Bij opname is de gemiddelde leeftijd van de bewoners 81 jaar. Dit betekent dat hun levensverwachting op dat moment -statistisch gezien- ten hoogste vijf jaar bedraagt. Voor de meeste bewoners is het verzorgingshuis dan ook hun laatste woonplaats: 80% overlijdt er, 15% gaat naar een verpleeghuis en de overige 5% verhuist naar elders of wordt opgenomen in een ziekenhuis en overlijdt daar (Tweede Kamer der Staten Generaal, 1990b).

Dertig procent van de bewoners komt zelden of nooit meer buiten (De Lange, 1991). Zij zijn voor hun sociale contacten aangewezen op het verzorgingshuis. De meesten hebben (bijna) niemand anders op de wereld met wie zij een vriendelijk woord kunnen wisselen (Munnichs, 1984). Door hun hoge leeftijd hebben verzorgingshuisbewoners veel van hun leeftijdgenoten (familie, vrienden, bekenden) overleefd. Met het ouder worden dunt het toch al beperkte sociale netwerk buiten het verzorgingshuis steeds verder uit. Hierbij komt nog dat gehuwde vrouwen veelal hun partners overleven. Dit maakt dat drie kwart van de hoogbejaarde bewoners alleenstaande vrouwen zijn. Hun sociaal netwerk bestaat uit enerzijds overwegend vrouwelijke generatiegenoten, anderzijds jongere familieleden (Van de Ven, 1989).

Met het stijgen van de leeftijd nemen de verschillen tussen mensen toe (Munnichs, 1989 en 1993). Ouderen van nu vormen een veel heterogenere groep dan 30 jaar geleden. Dit is vooral het gevolg van de toegenomen individualisering. Sterker dan voorheen geldt dat iedere bewoner zijn eigen achtergrond meebrengt. In het verzorgingshuis wordt daar over het algemeen weinig rekening mee gehouden. In principe staat het huis open voor iedereen die een positieve indicatie heeft, ongeacht iemands achtergrond. In de praktijk blijkt evenwel dat verzorgingshuisbewoners gemiddeld lager zijn opgeleid en minder inkomen hebben dan zelfstandig wonende ouderen (De Lange, 1991).

Bij nader onderzoek blijkt de groep verzorgingshuisbewoners in menig opzicht een gemêleerder beeld te vertonen dan algemeen wordt aangenomen. De algemene beeldvorming van ouderen wordt dan ook meestal niet getoetst aan de werkelijkheid, zoals we in het volgende hoofdstuk zullen zien.



### **3. Beeldvorming van ouderen**

#### **3.1 Het algemeen maatschappelijk beeld**

Het algemene beeld van het ouder worden is bepalend voor de manier waarop in onze samenleving met ouderen wordt omgegaan. Hoewel dat beeld zich de laatste jaren in gunstige zin heeft ontwikkeld, blijft het toch overwegend negatief (Lehr, 1980; Marcoen, 1988; Wahl, 1991). Ouderen worden gezien als conservatief, rigide, passief, fysiek en intellectueel invalide, traag van begrip, zwak, afhankelijk, zorgbehoevend, verward en vergeetachtig. Deze negatieve kwaliteiten maken deel uit van een cultureel stereotype, dat de individuele waarneming van de werkelijkheid kleurt en vertekent. Hierdoor wordt het algemene beeld van de aftakeling, die inherent is aan het lichamelijk verouderen, voortdurend bevestigd. Soms wordt dit beeld door ervaring met individuele ouderen weersproken: het wijkt dan wel, maar verdwijnt niet.

Marcoen (1988) onderscheidt drie niveaus van beeldvorming van de ouderdom. In geval van een impliciet geheel van opvattingen, ideeën en normen die niet worden uitgesproken en vaak onbewust richting geven aan het gedrag tegenover ouderen, spreekt hij van een geëxisteerd of geleefd beeld. Soms worden de meningen en overtuigingen verwoord: dan is er sprake van een gesproken beeld van de oudere. Op dit niveau vindt echter geen kritisch onderzoek en reflectie plaats van het stereotype. Wanneer dat wel het geval is, spreekt Marcoen van een besproken beeld. Het stereotype bepaalt in onze samenleving de omgang met ouderen en determineert de praktijk van de ouderenzorg. Zelfs de aard en de kwaliteit van de welzijnszorg voor ouderen wordt in belangrijke mate mede bepaald door de -veelal onbewuste- visie van zorgverleners en beleidsmakers op oud worden en oud zijn (Marcoen, 1993).

De negatieve waardering van het ouder worden laat zich op een plausibele manier verklaren met het 'Social breakdown syndrome' van Kuypers en Bengtson (1973). Volgens deze onderzoekers is in de huidige westerse maatschappij een sterke tendens tot een functionele ethiek aanwezig: alleen die individuen worden gewaardeerd die productief en functioneel zijn voor de samenleving. Ouderen komen in een marginale positie terecht, wanneer zij gepensioneerd worden en/of de kinderen het huis hebben verlaten. Er is geen normatieve leidraad voor hun gedrag aanwezig, hun rollen krimpen steeds meer in en referentiegroepen ontbreken. Omdat de eigen toetsingsmogelijkheden voor gedrag ontbreken, wordt ook het zelfbeeld kwetsbaar en wordt de oudere sneller afhankelijk van externe labeling. Dientengevolge zal hij zich voor zelfdefinitie wenden tot in de maatschappij gebruikelijke ouderdomsbeelden. Aangezien het beeld van het ouder worden nog steeds negatief wordt geëvalueerd, komt de oudere op deze manier in een neerwaartse spiraal terecht. Het gevolg is dat hij zich steeds meer

zal terugtrekken en steeds minder van zijn ontwikkelingsmogelijkheden zal realiseren.

Een soortgelijke verklaring vinden we bij Munnichs (1990). Volgens hem voelen mensen zich oud, wanneer ze merken dat ze de beheersing ten aanzien van essentiële zaken (dat wil zeggen: de interne controle) gaan verliezen. Dit betekent dat men omgevingsafhankelijk wordt. In dit proces werkt het omgevingsbeeld dubbel negatief. Het gaat dan niet alleen om de beelden die over en weer tussen ouderen en jongeren bestaan, maar ook om de verwachte beeldvorming. Oudere volwassenen die een negatieve beeldvorming verwachten bij jongeren, laten zich gemakkelijk door die verwachting leiden (Dekker en Ester, 1989). Kortom: ouderen worden niet langer als oudere volwassenen beschouwd, én oudere volwassenen verwachten dat zij gediscrimineerd zullen worden en handelen ook daarnaar (Munnichs, 1990).

### **3.2 Beeldvorming in het verzorgingshuis**

Wordt het maatschappelijk beeld van het ouder worden de laatste tijd minder negatief, in de verzorgingshuissector is deze tendens nauwelijks waar te nemen. Eerder wordt de indruk gewekt dat in het verzorgingshuis voor het merendeel verpleeghuispatiënten wonen (Ringoir, 1983; Engelen, 1985a en 1985b; Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, 1985). Ondanks het feit dat onderzoek het tegendeel aantoonst, blijft men beweren dat de hulpbehoevendheid van de bewoners de laatste jaren sterk toeneemt (Vink, Van der Kam en Diesfeldt, 1989; Diesfeldt en Van Loo, 1994). Niet alleen in de sector zelf maar ook in de politiek wordt nogal eens beweerd dat meer dan dertig procent van de bewoners dement is. Zowel directeuren alsook anderen denken dat iemand die in een verzorgingshuis komt wonen, bij binnenkomst al slecht functioneert, en dat er alleen maar sprake kan zijn van verdere achteruitgang.

Uit attitude-onderzoek komt naar voren dat het personeel van verzorgingshuizen, dat dagelijks met de bewoners omgaat, een pessimistische kijk heeft op de (ontwikkelings)mogelijkheden van diezelfde bewoners. De houding van het personeel blijkt over het algemeen neutraal tot positief te zijn (Lutsky, 1980; Baker, 1984), maar het geloof in verbetering of rehabilitatie van de bewoner is doorgaans klein. Dit geloof neemt ook nog af, naarmate de scholingsgraad van het personeel lager is (Kosberg en Gorman, 1975). Vaak ook gaat het personeel ervan uit dat de problemen die een bewoner vertoont, inherent zijn aan het ouder worden als zodanig en moeten worden toegeschreven aan persoonlijkheidskenmerken in plaats van aan situationele kenmerken (Fundamental attribution error; Ross, 1977). Hierdoor worden de gevolgen van institutionalisering niet onderkend (Sperbeck en Whitbourne, 1981). Net als in de samenleving als ge-

heel wordt de negatieve visie op het functioneren van ouderen niet getoetst aan de werkelijkheid, maar berust zij op vooronderstellingen die voor waar worden aangenomen (Noelker en Poulshock, 1984). Door een gebrek aan differentiatie in de waarneming worden ouderen in de gewone omgang en in het kader van de geïnstitutionaliseerde zorg inadequaet benaderd (Marcoen, 1993): zij worden gezien als incompetent.

Een andere oorzaak van de inadequate benadering van ouderen is gelegen in het feit dat het verzorgingshuis met name gericht is op de lichamelijke hulpbehoevendheid van de bewoners (Verhaeghen en Marcoen, 1989). Veelal wordt er vanuit een medisch model gewerkt (Karuza, Rabinowitz en Zevon, 1986). In dit model draagt het individu geen verantwoordelijkheid voor de oorzaak van zijn problemen noch voor de oplossing ervan. De verzorger wordt beschouwd als de deskundige, die verantwoordelijk is voor de diagnose én de actieve behandeling van het probleem. De bewoner is slechts de patiënt voor wie gezorgd moet worden. Zorgverlening wordt al snel een doel op zich in plaats van een middel om iets anders te bereiken (bijvoorbeeld het zelfstandig functioneren van een bewoner). Het personeel gaat overbeschermend optreden en negeert de zelfbepalingscapaciteiten van de bewoner (Quinn, 1987). Het gevaar dreigt zelfs dat iedere hulpvraag van de bewoner, ook die met betrekking tot het psychisch en sociaal functioneren, wordt vertaald in een behoefte aan lichamelijke verzorging (Verhaeghen, Bronts, Van Westerhoven en Van Loveren-Huyben, niet gepubliceerd). De rol van psychosociale factoren bij het ontstaan van (zowel psychische als fysieke) stoornissen tijdens de ouderdom wordt nauwelijks onderkend (Gallé en Luijten, 1992).

Het zelfbeeld van ouderen in het verzorgingshuis is eveneens nogal negatief. Doorgaans hebben zij zelf weinig hoop op verbetering van hun toestand (Kosberg en Gorman, 1975). Vaak stellen ze zich afhankelijk op. Deze houding houdt verband met het gedrag dat men de eigen ouders heeft zien vertonen, en in sterkere mate met de verwachtingspatronen van de omgeving (Kuypers en Bengtson, 1973). Ouderen in tehuizen richten zich naar de behoefte van het personeel om hulp te verlenen, terwijl het meer welzijnsbevorderend zou zijn, wanneer het personeel de maat van de hulpverlening zou aanpassen aan de reële noden van de bewoners. Deze ontwikkeling is overigens niet zo verwonderlijk. Het feit dat staf en personeel van verzorgingshuizen over het algemeen standvastiger zijn dan de bewonersgroep, zorgt voor een zekere continuïteit en onveranderlijkheid van het ouderdomsbeeld. Bovendien is tussen personeel en bewoner sprake van een asymmetrische verhouding. Het personeel is de deskundige hulpverlener, de bewoner slechts de hulpvrager. Het is een bekend verschijnsel dat de incompetente zich voegt naar degene die over de competentie

beschikt. Deze relatie kan onder druk van de heersende beelden eigenlijk alleen nog maar ongelijker worden: er is geen weg terug. Het stereotype beeld van ouderen rechtvaardigt immers de behandeling die ze krijgen. Zo houden alle betrokken partijen de negatieve spiraal in stand.

## **4. Het verzorgingshuis als instituut**

### **4.1 Kenmerken van een totale institutie**

In de zestiger jaren ontstond algemene bezorgdheid over de invloed van instituties op de daarin verblijvende individuen. Onder de publicaties vanuit sociologische invalshoek, die sindsdien over het verschijnsel institutionalisering zijn verschenen, zijn de studies van Goffman (1961; 1977) en Bennett (1963) toonaangevend gebleken.

Goffman (1961) stelt dat een totale institutie wordt gesymboliseerd door barrières ten aanzien van het sociaal contact met de buitenwereld. De centrale kenmerken van een dergelijke instelling zijn volgens hem:

1. alle aspecten van het leven (slapen, eten, werken en recreëren) worden uitgevoerd op dezelfde plaats en onder hetzelfde gezag;
2. alle activiteiten van het dagelijks leven moeten gedaan worden in gezelschap van anderen, die allen gelijk behandeld worden;
3. alle fasen van de dagelijkse activiteiten zijn strak geschematiseerd;
4. alle activiteiten worden ondergebracht in een plan, ontworpen om de officiële doeleinden van de instelling te kunnen realiseren.

Als gevolg van deze kenmerken vervalt de vroegere status van bewoners van instituties. Er is sprake van depersonalisatie en mortificatie. Ook andere negatieve gevolgen, zoals het gebrek aan initiatief en aan interesse voor de omgeving en het in zichzelf gekeerd zijn, worden in verband gebracht met de gedwongen passiviteit en anonimiteit van de patiënt, de rolverdeling tussen patiënten en personeel, de bouw en de inrichting van de institutie, de overmaat aan zorg en het gebrek aan toekomstperspectief (Goffman, 1977).

Bennett (1963) heeft een aantal criteria opgesteld die gezamenlijk de mate van institutionalisering bepalen. Volgens haar is sprake van een totale institutie, als aan de volgende criteria wordt voldaan:

1. de bewoners wonen er permanent;
2. de activiteiten zijn op de instelling georiënteerd;
3. de activiteiten vinden volgens vaste schema's plaats;
4. er zijn formele voorzieningen ter verspreiding van informatie;
5. er zijn voorzieningen voor continue gedragsobservatie door de staf;
6. er bestaan gestandaardiseerde sanctiesystemen;
7. de meeste persoonlijke eigendommen van de bewoners zijn verwijderd;
8. de bewoners nemen geen beslissingen over het gebruik van privé-eigendom;
9. het recruteringspatroon is onvrijwillig;
10. er zijn uitsluitend meerpersoonkamers.

In 1980 heeft McEwen een overzicht gepubliceerd van 20 jaar onderzoek naar de effecten van institutionalisering. Hij noemt de volgende dimensies kenmerkend voor een totale institutie:

- **openheid**

De mate waarin het instituut een *barrière* opwerpt in het contact met de buitenwereld of een context schept voor sociale relaties.

- **vrijwilligheid**

De mogelijkheid die een instituut heeft om bewoners te *selecteren*, respectievelijk die bewoners hebben om weer te vertrekken.

- **bureaucratie**

*Toezicht* op individuele en groepsactiviteiten heeft belangrijke gevolgen voor het gedrag en de veiligheid van bewoners, en correleert met het gevoel van zelfbepaling en vervreemding.

De *sociale afstand* tussen bewoner en personeel bepaalt de mate waarin informeel en open contact tussen beiden mogelijk is op basis van relatieve gelijkheid. De sociale afstand is bepalend voor de aard van de onderlinge relaties en houdt verband met de manier van leiding geven. De mate van 'storend en afwijkend' gedrag lijkt evenredig aan de grootte van de afstand tussen personeel en bewoners.

*Consensus* dan wel verschil in visie onder het personeel zijn van invloed op het gedrag van bewoners. Coördinatie en consensus beperken storend of afwijkend gedrag van bewoners.

De vorm van de *machtsstructuur* (hiërarchisch versus min of meer democratisch) bepaalt de betrokkenheid van bewoners en personeelsleden bij het totstandkomen en uitvoeren van beleid. Tevens heeft de structuur invloed op de rollen die bewoners kunnen vervullen binnen het huis, en daarmee op hun tevredenheid, aanpassing en prestatie.

Overigens is ook de *samenstelling van de bewonersgroep*, gelet op sociaal-culturele achtergrond en leefstijl, van invloed op de interactie.

- **overige**

De *omvang van de organisatie* kan bepalend zijn voor de consensus onder het personeel - met eerdergenoemde gevolgen.

De *maatschappelijke omgeving* is tenslotte ook van invloed, bijvoorbeeld de locatie, de manier waarop tegen de organisatie wordt aangekeken, en de behoefte aan participatie in beleidsbepaling en -uitvoering.

Elke dimensie van de organisatie heeft volgens McEwen (1980) een specifiek individueel proces bij de bewoner tot gevolg. Omdat de variatie aan concepten die ter beschrijving van dit proces worden gehanteerd groot is, heeft hij in het kader van zijn artikel ervan afgezien enige systematiek in de effecten aan te brengen en geeft hij slechts een onvolledige opsomming.



Aansluitend wijst McEwen op een viertal methodologische problemen die gemeenschappelijk zijn aan de bestudering van de invloed van instituties op bewoners. Om te beginnen moet onderscheid worden gemaakt tussen het effect van persoonlijkheidskenmerken en het effect van de organisatie zelf. Vervolgens wijst hij op de onmogelijkheid om het klassieke experimentele design toe te passen (behandel- versus controlegroep). Daarom is het van groot belang een nauwkeurig onderscheid te maken tussen de diverse manieren waarop enerzijds de organisatie, anderzijds de familie, de staf en de samenleving als geheel tegenover bewoners van instellingen staan. Ten derde is het gewenst zorgvuldig de effecten van institutionalisering af te zetten tegen de verschillende aspecten en processen van de organisatie. Tenslotte wijst hij op de evidente noodzaak van longitudinaal onderzoek om inzicht te krijgen in de organisatorische processen en de effecten daarvan op het individu.

McEwen rondt zijn overzicht af met een viertal conclusies. Allereerst stelt hij vast dat de organisatiestructuur van een instelling van grote invloed is gebleken op houding en gedrag, waarden en normen, en zelfbeeld en aanpassing van bewoners. Om die reden is ook aandacht gewenst voor het ethische aspect van institutionalisering. Vervolgens merkt hij op dat de reactie op het verblijf in de instelling van persoon tot persoon verschilt. Dit verschil komt voort uit een combinatie van persoonlijke en sociaal-culturele factoren. Zijn derde opmerking luidt dat bewoners manieren ontwikkelen om de invloed van de organisatie op hun zelfbeeld te beperken. Tenslotte wijst hij op het onderscheid tussen het gedrag en het zelfbeeld van bewoners; de invloed van de institutie geldt meer het gedrag dan de attituden en het zelfbeeld.

## **4.2 Het verzorgingshuis als totale institutie**

Toetsing aan de criteria van Bennett leidt tot de constatering dat het verzorgingshuis in vele opzichten het karakter van een totale institutie heeft. Ook het verzorgingshuis is in beginsel bedoeld voor permanente bewoning (criterium 1), hoewel daar tegenwoordig meer variatie in komt door onder meer tijdelijke opvang, dag- en nachtverzorging en intervalzorg. Voorts zijn de activiteiten er meestal intern georiënteerd en kennen ze een duidelijke systematiek (criterium 2 en 3). Tevens bestaan er voorzieningen ter verspreiding van formele informatie (bijvoorbeeld informatieborden, een huiskrantje en een koffiepraatje door de directeur; criterium 4).

Binnen de grenzen van hun eigen -veelal kleine- kamer kunnen verzorgingshuisbewoners persoonlijke eigendommen behouden. In de praktijk echter hebben ze bij opname toch van vele bezittingen afstand moeten doen, soms zelfs van dierbare huisdieren. Over hun privébezit kunnen zij wel zelf beslissen (criterium 7 en 8). In beginsel beslist de bewoner ook zelf over opname, maar in

de meeste gevallen is de keuze niet vrijwillig. Het blijkt vaak het enige alternatief te zijn (criterium 9).

Omdat iedere bewoner een eigen kamer heeft, voldoet het verzorgingshuis duidelijk niet aan de voorwaarde van meerpersoonskamers (criterium 10) en is er ook geen sprake van continue gedragsobservatie door de staf (criterium 5). Uitzonderingen zijn wellicht bepaalde vormen van groepsopvang en de zieken- en verpleegafdelingen. Tenslotte zijn beloning en straf niet gestandaardiseerd voor de gehele populatie (criterium 6).

Op basis van de inzichten van Goffman heeft Pincus (1968) een methode ontwikkeld om de invloed van de institutionele omgeving in verzorgingshuizen te meten. Onder het begrip *institutionele omgeving* verstaat hij het gehele psychosociale milieu waarin bewoners leven. Volgens hem wordt dit milieu bepaald door de volgende drie factoren:

1. de fysieke aspecten, zoals inrichting en locatie van de instelling;
2. de regels en het programma, die het dagelijks leven beheersen;
3. de omgang van de staf met de bewoners.

Daarnaast onderscheidt Pincus -in tegenstelling tot Goffman- vier dimensies van de institutionele omgeving, die zijns inziens relevant zijn voor het onderzoek in verzorgingshuizen. Deze dimensies zijn als volgt omschreven.

1. *public-private*: de mate waarin bewoners een eigen domein hebben in de vorm van persoonlijke, fysieke en sociale leefruimte;
2. *structured-unstructured*: de mate waarin iemand zich moet aanpassen aan regels respectievelijk wordt gestimuleerd zelf keuzes te maken;
3. *sparse-rich resource*: de mate waarin iemand de gelegenheid heeft mee te doen aan werk en/of vrijetijdsactiviteiten en aan sociale interactie met staf en medebewoners anders dan in de patiëntrol;
4. *isolated-integrated*: de mate waarin iemand de gelegenheid heeft om communicatie met de maatschappij buiten het tehuis te onderhouden.

Door deze vier dimensies af te zetten tegen de drie eerdergenoemde factoren ontstaat een matrix, met behulp waarvan het leefmilieu van een specifiek tehuis kan worden beschreven. Om een adequaat beeld te krijgen is een lijst met 36 vragen ontwikkeld, gerelateerd aan de twaalf cellen van de matrix (Home for the Aged Description Questionnaire = HDQ). Personeel en bewoners beantwoorden deze vragen aan de hand van een vijfpunts-schaal.

Pincus en Wood (1970) hebben deze methode in verschillende instellingen toegepast. Op grond van de resultaten onderscheiden zij om te beginnen nog een vijfde dimensie: de mate waarin het personeel een persoonlijke relatie onderhoudt met de individuele bewoner. Vervolgens stelden zij vast dat de omgeving volgens ongeschoold personeel minder vrijheid biedt dan het geval is volgens

geschoold personeel; dit is overigens het enige verschil tussen deze groepen. Tussen staf en bewoners bestaan grotere verschillen. Zo schat de staf de mogelijkheden en de vrijheid van de omgeving hoger in dan de groep bewoners. Daartegenover staat dat de bewoners vinden dat de institutie minder geïsoleerd is van de maatschappij.

Pincus en Wood wijzen erop dat de mate waarin de bewoner in zijn persoonlijke verzorging kan voorzien (functionele gezondheid) samenhangt met de mogelijkheid om naar buiten te gaan en rond te lopen, en met de mate van privacy, vrijheid en gelegenheid tot deelname aan activiteiten. Tevens geven ze aan dat subjectieve gevoelens over de omgeving een grotere voorspellende waarde hebben voor de algehele tevredenheid over de omgeving dan het werkelijke gedrag van bewoners.

Spauwen-Micka (1975) heeft onderzoek gedaan naar de organisatiestructuur van 62 verzorgingshuizen in Nederland. Hoewel het onderzoek reeds twintig jaar geleden is uitgevoerd, blijken vele uitkomsten ook nu nog geldig. Ook zij is uitgegaan van de inzichten van Goffman (1961). Haar belangrijkste conclusie luidt dat in ruim 70% van de onderzochte huizen sprake is van duidelijk institutionele kenmerken.

Het contact met de buitenwereld is zeer beperkt. De activiteiten zijn met name intern georiënteerd. Participatie van de bewoners aan de samenleving zagen de verzorgingshuizen niet als een na te streven doel en evenmin de continuering van de leefwijze van de bewoners. Bovendien wordt niet het wonen als het belangrijkste doel gezien, maar de verzorging van de bewoners. Spauwen-Micka komt tot de conclusie dat het verzorgingshuis dan ook het beste omschreven kan worden als een verzorgingsinstituut en niet als een woonplaats of leefwereld voor oudere mensen.

Gallé en Luijten (1992) nemen de dimensies van McEwen (1980) tot uitgangspunt bij de beschrijving van de gevolgen van een verblijf in een institutie voor een willekeurige oudere. Omwille van de beknoptheid volgt hier een schematische weergave met korte toelichting van de individuele processen.

- **openheid**

Door opname in een instelling worden de banden met het oude milieu verbroken. Gevolgen zijn: *disculturatie* (gewoontes die vereist zijn om deel te nemen aan het leven in de samenleving worden verleerd) en *stigmatisering* (de bewoner krijgt, dan wel schikt zich in de rol van oudere/patiënt en wordt niet geaccepteerd als volwaardig lid van de samenleving).

- **vrijwilligheid**

Opname betekent vaak een *capitulatie* voor de problemen met de handicap en zorg thuis. Van een vrije keus is veelal geen sprake.

Vanwege de grootte van de groep is ordening en organisatie nodig, maar daardoor wordt ook het gevoel van machteloosheid versterkt.

Bovendien is het voor de bewoner niet mogelijk zijn medebewoners en het personeel zelf uit te kiezen (Munnichs, 1984).

- **bureaucratie**

*steunend toezicht*

Opname brengt allerlei soorten verlies met zich mee (bijvoorbeeld merken van kleding, achterlaten van persoonlijke bezittingen, aanpassen aan regels en tijdschema). Deze *mortificatie* eindigt met het modelleren van de oudere tot object van zorg.

Tevens is sprake van *identiteitsverlies*. De bewoner heeft nauwelijks invloed op de dagelijkse gang van zaken en zijn persoonlijke gegevens zijn in een dossier vastgelegd en aan velen bekend.

*afstand bewoner/personeel*

Omdat zorg een schaars middel is, kan niet op ieders specifieke wensen worden ingegaan. Hoewel individueel verleend, is er toch sprake van een eenheidspakket, slechts gericht op aanpassing en vermindering van symptomen. Hierdoor treedt *verschraling* op.

Contacten tussen bewoners en personeel zijn beperkt en aan regels gebonden. Dagelijkse activiteiten volgen een dwingend uniform patroon. Iedereen woont in eenzelfde omgeving en krijgt dezelfde behandeling, ongeacht de onderlinge verschillen in fysieke, sociale of psychische toestand. Deze benadering heeft *anonimiteit* tot gevolg.

Uit onderzoek van Litjens (1989) komt naar voren dat er een functionele relatie tussen bewoners en personeel bestaat: het contact is beroepsmatig van aard en bevat weinig elementen die van een persoonlijke interesse getuigen. Wanneer het personeel in gesprekken met bewoners wel interesse toont, wordt deze verbale belangstelling lang niet altijd ondersteund door het nonverbale gedrag: zo kijkt men vaak de andere kant op.

Verschraling en functionele benadering werken afhankelijkheid en hulpeloosheid in de hand. *Apathie* is het gevolg.

Merkwaardig genoeg krijgen bewoners vaak ook meer verzorging dan ze eigenlijk behoeven (overzorg). Dingen die ze best zelf kunnen, worden hen uit handen genomen. Het effect is overigens hetzelfde.

*consensus personeel*

‘Door gebrek aan personeel’ zijn gedrag en taakinvulling van het personeel veelal *geritualiseerd en gestandaardiseerd*.

Conflicten tussen technische en humane maatstaven bedreigen de consensus onder het personeel. Het gevolg kan zijn dat men *vlucht in routines*. Brearley (1979) wijst erop dat starheid en inflexibiliteit kenmerkend zijn voor verzorgingshuizen. Dit geldt niet alleen voor het personeel maar ook voor de bewoners. Zo hebben veel bewoners behoefte aan een vaste plek en een eigen stoel. Deze behoefte wordt versterkt, wanneer sprake is van blokbehandeling, waarbij iedereen hetzelfde krijgt.

### ***hiërarchie***

In vele tehuizen is sprake van een hiërarchische organisatiestructuur, conform het ziekenhuismodel. In dit model heeft het personeel slechts een beperkte eigen verantwoordelijkheid en is procesbeheersing of controle achteraf nagenoeg afwezig. De bewoners worden geacht zich naar dit model te voegen. Dit betekent *reductie van autonomie* en *verschraling van de leefwereld*.

De geringe aandacht voor de eigen identiteit en leefstijl van de bewoner en de gerichtheid op ziektebeelden, waardoor eigenwaarde en zelfvertrouwen afnemen en men gedwongen is tot passiviteit, afhankelijkheid en isolement, biedt een *somber toekomstperspectief*.

- **overige**

Grote instellingen zijn veelal massaal en bureaucratisch georganiseerd en kennen gesplitste verantwoordelijkheden. Dit werkt *isolement* in de hand.

Bouw en organisatiestructuur beïnvloeden niet alleen de leefsituatie binnenshuis en de onderlinge verhoudingen en relaties. Zij versterken in de maatschappelijke omgeving het beeld van de *onmondigheid* van bewoners.

Gallé en Luijten besluiten hun overzicht met een relativering van het 'totale' karakter van het verzorgingshuis, zoals dat door Goffman (1961) werd beschreven. Die voorstelling is volgens hen 'karikaturaal'. Van de andere kant bezit het geschetste beeld wel weer zoveel realiteitswaarde dat men er niet om heen kan.

## **4.3 Psychosociale kenmerken van verzorgingshuizen**

Vanuit de psychologische invalshoek is in 1989 door Verhaeghen en Marcoen een artikel geschreven over de psychosociale kenmerken van verzorgingshuizen. Zij vatten deze samen onder het begrip *omgevingsdruk op institutioneel niveau*. De eerdergenoemde dimensies zijn hiertoe te herleiden. Zij onderscheiden de volgende kenmerken.

- **onvoorspelbaarheid**

De bewoner weet van tevoren niet wat hij kan verwachten. Ondoorzichtige dienstroosters en toevallige omstandigheden bepalen welke verzorgende op de kamer komt. Bovendien verschilt de manier van communiceren van personeelslid tot personeelslid. Ook blijken reacties van het personeel op het gedrag van bewoners niet eenduidig (Van Dongen en

Sieh, 1987). Dat voorspelbaarheid een belangrijke omgevingsfactor is, heeft Schulz (1976) aangetoond. Bewoners die tevoren informatie kregen over tijdstip en duur van bezoek, vertoonden (tijdelijk) een verbetering in hun psychosociaal en fysiek functioneren, dit in tegenstelling tot bewoners die niet vooraf waren ingelicht.

- **gebrek aan controle**

De bewoner heeft nauwelijks invloed op zijn omgeving. Het instituut legt de regels op en bepaalt wat wanneer gebeurt. Voorbeelden hiervan zijn: tijdstip en keuze van maaltijden, het activiteitenprogramma en soms zelfs het tijdstip van naar bed gaan. Ten gevolge hiervan zijn bewoners eerder geneigd hun locus of control extern te plaatsen (White en Janson, 1986): zij hebben meer het gevoel door de omgeving te worden beheerst dan omgekeerd. In verschillende interventiestudies is aangetoond dat controle belangrijk is voor het welbevinden van de bewoner (Langer en Rodin, 1976; Rodin en Langer, 1977; Schulz en Hanusa, 1978; Hanusa 1984).

- **restrictiviteit van de omgeving**

De gedragsvariantie van de bewoner wordt door de omgeving kunstmatig laag gehouden, waardoor diens autonomie sterk wordt ingeperkt. Het gaat hierbij vooral om materiële en organisatorische zaken als het hebben van een eigen plek, het kunnen gaan en staan waar men wil, en zijn eigen geld kunnen besteden waar en waaraan men wil (Reed en Washington, 1984). Hulicka, Morganti en Cataldo (1975) noemen dit keuzebereik ('latitude of choice') en stellen vast dat deze in een instituut lager is dan in de wijk. Zij vonden een positief verband tussen keuzebereik enerzijds en levenssatisfactie en zelfconcept anderzijds.

Het routinekarakter van het dagelijks leven is ook een bron van restrictiviteit (Booth, 1985). Als uiterste beperking geldt dat men niet vrij is de instelling te verlaten, wanneer de problematiek waarvoor men zich aanmeldde, is opgelost, of wanneer zich andere alternatieven aandienen. Uitplaatsing of overplaatsing, anders dan naar een verpleeghuis of ziekenhuis, komt nauwelijks voor.

- **prothetisering**

Taken die de bewoner niet meer zelf aankan, worden automatisch door de omgeving overgenomen, ook wanneer het individu deze nog wel kan uitvoeren. Hierdoor krijgt hij geen inzicht in zijn eigen functioneren.

De prothetisering betreft niet alleen lichamelijke activiteiten, maar ook cognitieve. Door dag- en weekplanning wordt het huis het geheugen van de bewoner (Labouvie-Vief, 1977).

- **depersonalisatie**

De bewoner wordt niet als individu benaderd, maar als probleem of taak. Het personeel blijkt weinig affectieve relaties met de bewoners te onder-

houden. Reciprociteit komt nauwelijks voor: bewoners willen eventueel nog vertrouwelijke mededelingen doen aan het personeel, maar het omgekeerde gebeurt zelden. Bij verzorgenden blijkt vaak de idee te bestaan dat een persoonlijke benadering slecht zou zijn, omdat dit wrevel, jaloezie en conflict zou veroorzaken (Noelker en Poulshock, 1984).

Verzorgers benaderen bewoners op onpersoonlijke wijze en passen zich in interactiestijl nauwelijks aan hen aan (Caporael, 1981; Caporael, Lukaszewski en Culbertson, 1983). Opvallend is dat de attitude van het personeel ten opzichte van de bewoners (Chandler, Rachal en Kazelokis, 1986) noch de inhoud van de interacties verschilt naar de mate en de soort hulpbehoefte van de bewoners.

Op grond van hun uitgebreide literatuurstudie concluderen Verhaeghen en Marcoen dat 'in de regel ouderen in veel verzorgingshuizen onderschat en onvoldoende gestimuleerd worden om veelzijdige invalidering op cognitief, affectief en sociaal gebied tegen te gaan'. Anders gezegd: de omgeving in het verzorgingshuis speelt onvoldoende in op de mogelijkheden van de bewoners, waardoor slechts een beperkte interactie optreedt. Dit verschijnsel wordt in het volgende hoofdstuk belicht.





## **5. Interactie**

### **5.1 De wisselwerking tussen ouderen en hun omgeving**

Onderzoek naar de effecten van institutionalisering laat zien hoe groot de veelal negatieve invloed is van de omgeving op het zelfbeeld en het gedrag van bewoners. Deze betreft niet alleen de materiële omstandigheden, zoals de indeling of de organisatorische structuur van de instelling, maar met name de houding en de werkwijze van het personeel. Wanneer ouderen in een institutie worden opgenomen, is zelfs sprake van een cumulatief effect: de opname versterkt de negatieve gevolgen van de maatschappelijke beeldvorming over het ouder worden. Intrede in een verzorgingshuis betekent doorgaans de eerste stap op weg naar prothetisering en depersonalisatie.

Weliswaar geven individuele verschillen tussen bewoners reliëf aan het algemene beeld. Niet iedereen blijkt op dezelfde manier op opname in een institutie te reageren (McEwen 1980; Mertens, 1991; Gallé en Luijten, 1992). De afhankelijke oudere ondergaat zijn opname gelaten en verwacht alle steun en hulp van het verzorgend personeel. De onafhankelijke oudere bloeit na enige tijd weer op en hervat zijn dagelijks ritme. Maar ondanks deze nuancering overheerst het beeld van onstuitbare achteruitgang. Gallé en Luijten (1992) spreken in dit verband van de kwetsbaarheidsspiraal van bewoners. Dit proces verloopt analoog aan de negatieve spiraal die Kuypers en Bengtson (1973) beschrijven.

Bij opname in een verzorgingshuis is de identiteit van ouderen in veel gevallen al verzwakt. Zij kunnen niet langer voor zichzelf zorgen en voelen aan den lijve de beperkingen van het eigen lichaam. Door opname en uiteenlopende ziekteverschijnselen komen zij in een kwetsbare positie. Inbreuk op de persoonlijke levenssfeer vormt het begin van een neerwaartse spiraal in het sociaal functioneren. Stereotype visies op het ouder worden, depersonalisatie en miskennen van behoeften en leefgewoonten dwingen hen vervolgens in de rol van de gewillige patiënt. In die rol zijn zij afhankelijk van de tijd die het personeel te besteden heeft, en van de gestelde prioriteiten. Verschraling van de zorg vergroot de vergaande deprivatie en de problematiek van de opgenomen ouderen. Geleerde afhankelijkheid en 'self-fulfilling prophecy' bevestigen het algemene maatschappelijke beeld. Het verlies van vaardigheden en toenemende verstar- ring versterken de negatieve houding van het personeel.

In een omgeving waar de werkdruk boven het individuele belang van een bewoner gaat, waar weinig gelegenheid is voor persoonlijke omgang, en waar werkzaamheden routinematig verlopen, komen ouderen al snel in een isolement. Dit leidt tot een bevestiging van het negatieve zelfbeeld en tot een gevoel van machteloosheid. Om toch de nodige aandacht te krijgen neemt men zijn toevlucht tot primitievere copingstijlen (bijvoorbeeld roepen en claimen), die het

personeel dan weer als 'storende gedragingen' opvat. Uitingen van onvrede worden tot onderdeel van een ziekteproces. Weliswaar krijgt een bewoner met deze verborgen machtsuitoefening meer belangstelling, maar wanneer zorgafspraken resulteren in 'beschermende maatregelen', wordt hij nog kwetsbaarder door beperkte bewegingsvrijheid, conditieverlies of andere complicaties ten gevolge van sufheid en dwangmiddelen.

Omdat bewoner en omgeving elkaar beïnvloeden, is ook aan de kant van het personeel sprake van een kwetsbaarheidsspiraal (Gallé en Luijten, 1992). Diverse factoren kunnen ertoe leiden dat het personeel de gestelde werkdoelen niet haalt: geringe betrokkenheid bij de totstandkoming en uitvoering van het zorgverleningsbeleid, beperkte participatie en zelfstandigheid in het analyseren en oplossen van zorgproblemen, geringe verantwoordelijkheid voor de bewoner als gevolg van een taakgerichte werkwijze of hoge werkdruk. Uitval van overlegmomenten, visieverschillen, sociaal-emotionele conflicten, gevoelens van onmacht en individueel nastreven van persoonlijk succes met bewoners leiden tot verstarring, verschraling van de zorg en vaardigheidsverlies in handelen en omgang. De afstand tussen personeel en bewoners wordt steeds groter. Kwalijke gevolgen zijn verder demotivatatie en uitputtingsverschijnselen zoals verzuim en verloop van personeel.

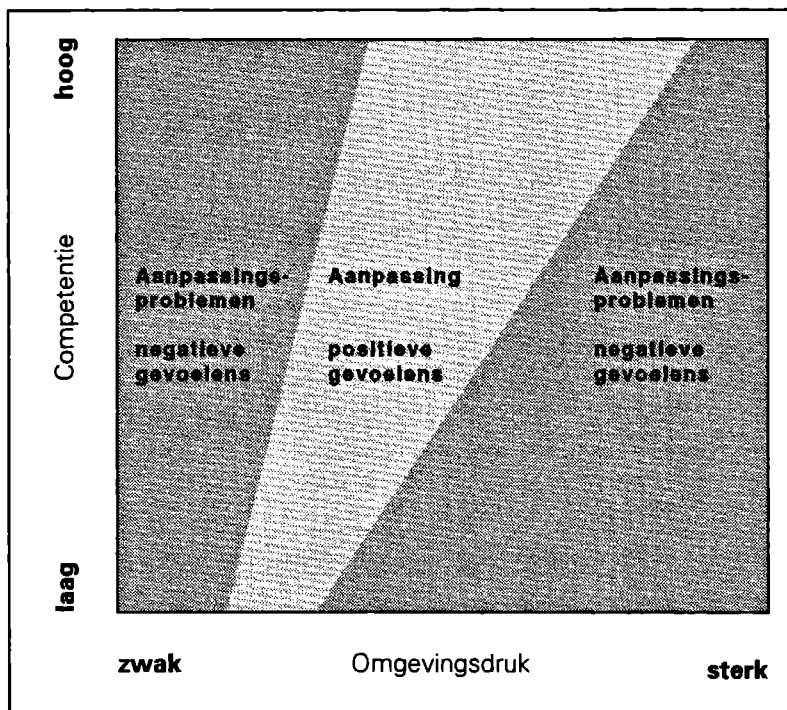
Beide processen versterken elkaar wederzijds negatief. In wezen is er sprake van een proces van dehumanisering, waarin bewoner en personeel elkaars gijze-laar zijn. Voor een bewoner betekent de hierboven beschreven ontwikkeling een achteruitgang in zijn functioneren, zowel in fysiek als in psychisch en sociaal opzicht. Een steeds geringer deel van zijn competentie zal in zijn gedrag tot uiting komen. Met name in de eerste maanden na opname blijken bewoners veel aan competentie in te boeten (Mertens, 1991; Gallé en Luijten, 1992). Dingen die men voorheen zelfstandig deed, kan of doet men ineens niet meer. De aan-geleerde hulpeloosheid bij 'overzorg' bemoeilijkt bovendien het stimuleren van bewoners om voordien vanzelfsprekende taken en verantwoordelijkheden weer op zich te nemen.

## **5.2 Interactiemodellen**

Tot op heden is er binnen de gerontologie geen alomvattend model ontwikkeld voor de interactie tussen de oudere mens en zijn omgeving, of dat nu de natuurlijke, de sociale of de culturele omgeving is. Wel is er een aantal per-spectieven geschetst, die elkaar in belangrijke mate aanvullen.

Ruim twintig jaar geleden hebben Lawton en Nahemow (1973) een eerste poging gedaan om de relatie tussen ouderen en hun omgeving te beschrijven. Zij gaan daarbij terug op Lewin (1951) en zeggen dat ieder gedrag het resultaat is van per-

soonlijkheidskenmerken, omgevingskenmerken én de wisselwerking tussen deze beide. Het gedrag van ouderen wordt enerzijds bepaald door hun *competentie*. Lawton (1982) omschrijft dit begrip als de theoretisch hoogst mogelijke capaciteitsgrens van een individu inzake biologische gezondheid, sensomotorische functies, cognitie en ik-bewustzijn. Niet slechts de feitelijke maar ook de mogelijke competentie in een ideale omgeving wordt door dit begrip gedekt. Daarnaast wordt het gedrag bepaald door de *omgevingsdruk*: de sociale en natuurlijke omgeving 'belast' ouderen in een bepaalde mate. Afhankelijk van de combinatie van de belastingsgraad en de mate van competentie zal het gedrag aangepast dan wel onaangepast zijn. Onder- zowel als overbelasting leidt tot aanpassingsproblemen. Lawton en Nahemow hebben deze inzichten schematisch weergegeven in hun zogenaamde 'ecological model' [Figuur 1]. Hierin is ook de 'Environmental Docility-Hypothesis' van Lawton en Simon (1968) opgenomen. Deze luidt dat de invloed van de omgeving toeneemt, evenredig aan het verlies van competentie.



Figuur 1. Ecologisch model van Lawton en Nahemow (1973). De verticale as geeft de mate van competentie van een individu weer, de horizontale de omgevingsdruk. De combinatie van beide resulteert in aangepast respectievelijk onaangepast gedrag.

Kahana (1982) wijst er vervolgens op dat dé ideale omgeving voor dé oudere niet bestaat. Er kan volgens haar slechts sprake zijn van een bepaalde optimale omgeving voor een bepaalde oudere, met een specifieke competentie en specifieke behoeften, op een bepaald tijdstip. Omdat de diversiteit tussen mensen met het klimmen der jaren toeneemt, gaan ook de individuele behoeften steeds sterker uiteenlopen. Het is daarom van groot belang om tot een juiste afstemming (congruentie) te komen tussen de wensen en behoeften van individuele ouderen en de eisen die de omgeving stelt. Kahana onderscheidt een aantal dimensies, zoals privacy en vrijetijdsbesteding, aan de hand waarvan zowel de specifieke behoeften als de omgevingseisen kunnen worden beschreven. De mate van congruentie is duidelijk van invloed gebleken op de levenssatisfactie van ouderen (Kahana, Liang en Felton, 1980).

Tenslotte heeft Margret Baltes de wisselwerking tussen ouderen en hun (met name sociale) omgeving vanuit een leertheoretische invalshoek beschreven (Baltes en Barton, 1977; Baltes en Lerner, 1980; Baltes, 1987). Haar aandacht beperkt zich tot concrete gedragingen. Daarbij gaat zij ervan uit dat gedrag wordt beïnvloed door eerder opgedane ervaringen. Bepaalde omstandigheden hebben een bepaalde reactie van de oudere tot gevolg, die weer een consequentie van de omgeving oproept. Deze kan zowel positief als negatief zijn. Wanneer bij een zelfde reactie een zelfde consequentie regelmatig optreedt, is sprake van contingentie. Roept een bepaalde reactie steeds een afkeurende consequentie op, dan zal deze reactie op den duur achterwege blijven. Daardoor wordt het steeds minder waarschijnlijk dat deze reactie in een zelfde situatie nog zal optreden.

De beschrijving van Baltes maakt vooral het ontstaan van afhankelijk gedrag inzichtelijk. Zij heeft op twee manieren onderzoek gedaan naar dit type gedrag. In de eerste plaats heeft zij in een zogenaamde 'behavioral mapping study' onderzocht welke soorten gedrag er in een bepaalde setting voorkomen (Baltes, Barton, Orzech en Lago, 1983). Haar conclusie is dat bewoners zich meestal onafhankelijk gedragen, maar dat het personeel met name afhankelijkheidsbevorderend gedrag vertoont. In de tweede plaats heeft zij onderzocht hoe de verschillende typen gedragingen elkaar in de tijd opvolgen ('sequential study'). Deze studie bevestigt de resultaten uit het eerste onderzoek. Onafhankelijk gedrag van bewoners wordt door het personeel genegeerd. Op afhankelijk gedrag wordt gereageerd met afhankelijkheidsondersteunend gedrag. Dus alleen afhankelijk gedrag levert sociale interactie op (Baltes en Reisenzein, 1986; Baltes, Kindermann en Reisenzein, 1986).

Recentelijk hebben Parmelee en Lawton (1990) voorgesteld om de interactie tussen ouderen en hun omgeving te beschrijven als een dialectiek tussen veilig-

heid en autonomie. Veiligheid duidt op een toestand waarin ouderen door de omgeving in staat worden gesteld om belangrijke levensdoelen te realiseren. Dit kan onder andere door te waken over een goede lichamelijke conditie, door een gevoel van zekerheid te bieden of een optimale woonomgeving, en door de aanwezigheid van een goed vertakt sociaal netwerk. Autonomie duidt op een situatie waarin ouderen zelf in staat zijn hun levensdoelen met behulp van eigen competentie en mogelijkheden te realiseren. Dit komt onder andere tot uiting in controle over het eigen leven, het zelfstandig nemen van beslissingen en het inschatten van de gevolgen van eigen handelen. Ouderen en hun omgeving staan volgens Parmelee en Lawton voortdurend voor de opgave een evenwicht te creëren tussen veiligheid en autonomie. Het is aan de oudere zelf om met zijn eigen competentie in een bepaalde omgeving het passende evenwicht te vinden.

Uit verschillende studies blijkt dat met name in de hulp- en zorgverlening de autonomie van ouderen nogal eens onder druk staat. Seligman (1975) wijst op het grote belang van controle over het eigen leven. Controleverlies leidt bij ouderen tot apathie en depressiviteit, verlies aan geloof in eigen kunnen, aangeleerde hulpeloosheid en passiviteit. Avorn en Langer (1982) stellen vast dat overdadige hulpverlening aan ouderen bij het uitvoeren van bepaalde taken leidt tot afname van prestaties en van geloof in eigen kunnen, zulks in tegenstelling tot ouderen die tot zelfstandigheid werden gestimuleerd.

Observatie-onderzoek (onder andere Baltes en Reisenzein, 1986) laat zien dat de sociale partners van ouderen afhankelijkheid veelal ondersteunen en/of stimuleren door veiligheid verschaffend gedrag. Wahl en Baltes (ter perse) spreken in dit verband van een ondersteuningspatroon voor onafhankelijkheid.

Wahl (1989) heeft interacties geanalyseerd tussen ouderen die thuis wonen of in een verzorgingshuis, en professionele hulpverleners in situaties van persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, eten en dergelijke). De resultaten van zijn analyse verfijnen de eerdergenoemde inzichten. Naast het feitelijke gedrag is er met name gekeken naar de cognities en emoties (subjectieve wereld) van de betrokkenen. Wahl (1991) onderscheidt daarin vijf aspecten die elk van invloed zijn op de interactie als zodanig: waarden en doelen, handelingscompetentie en -controle, emotionele beleving en relatie, en oorzakelijke verklaringen.

Over het algemeen blijkt er weinig verschil te bestaan, zowel in gedrag als in cognities en emoties, tussen ouderen die thuis wonen, en bewoners van een verzorgingshuis. Beide groepen zijn competent tot zelfverzorging. Ouderen thuis ervaren wel een grotere mate van controle dan ouderen in het verzorgingshuis. Beide groepen ervaren ook het niet-gebruiken van competentie en vertonen ook een duidelijke gerichtheid op onafhankelijkheid. Ouderen met een hoge zelfwerkzaamheid vertonen meer onafhankelijk gedrag dan die met een lage. De ouderen vinden zichzelf over het algemeen competentier dan het personeel hen

vindt. Het niet gebruiken van competentie wordt vooral gezien als het resultaat van het gedrag van het personeel. Daartegenover staat dat het personeel het niet gebruiken van de competentie door de ouderen toeschrijft aan karakteristieken van de ouderen zelf. Zij zien zichzelf als de reden voor het competente zelfverzorgende gedrag van de ouderen.

De hulpverleners lijden verder aan tweeslachtigheid: hoewel hun algemene waarden georiënteerd zijn op zelfstandigheid, is het directe doel in de verzorgingssituatie meestal het helpen van ouderen. Bovendien blijken hulpverleners in de thuissituatie hun gedrag vaker als zelfstandigheidsbevorderend te zien dan in het verzorgingshuis; gedragsobservatie bevestigt dit overigens niet. Inzake de waardering voor de zorgverlening en de persoonlijke relatie zijn beide partijen overtuigd van de belangrijke positie van de hulpverleners in het sociale netwerk van de ouderen, maar de hulpverleners geven nauwelijks blijk van zelfkritiek, de ouderen zien hier tal van aspecten die verbetering behoeven. Directe terugkoppeling zou hierin verandering kunnen brengen.

### 5.3 De 'ideale' omgeving

Zoals in de vorige paragraaf reeds gezegd, wijst Kahana (1982) erop dat dé ideale omgeving voor dé oudere niet bestaat. Elke oudere vraagt in zekere zin om zijn of haar specifieke omgeving. Uit alle studies komt naar voren dat in elke situatie een uitgebalanceerde verhouding tussen de oudere en zijn omgeving nodig is, terwille van diens veiligheid én autonomie en rekening houdend met diens specifieke competentie. Niettemin is er wel degelijk een aantal algemene voorwaarden aan te geven.

Vanuit een organisatiethoretische invalshoek stelt Van Geen (1989) dat de *relatie tussen personeel en cliënt* van centraal belang is in een 'human service'-organisatie. Die relatie is echter moeilijk te besturen. De organisatie zou erop gericht moeten zijn aan beide partijen de juiste reacties en interactiepatronen te ontlokken. Enerzijds wordt van het personeel gevergd dat het zich in dienst van de organisatie functioneel, objectief en neutraal opstelt, anderzijds dat het in het werken met de cliënt unieke, warm-menselijke contacten met hem legt. De macht van het personeel over de diensten die de cliënt nodig heeft, brengt de cliënt ertoe het personeel om gunsten en uitzonderingen te vragen. Om dit te beperken moet de *loyaliteit* van de cliënt voor de organisatie gemobiliseerd worden.

In verzorgingshuizen heerst vaak enige rivaliteit tussen bewoners om de aandacht en de zorg van het personeel. Bewoners die hulp nodig hebben moeten wachten tot die hulp beschikbaar is. Komt vertrouwde *hulp op afroep* of volgens vaste afspraak, dan wordt dit niet als afhankelijkheid of onvrijheid ervaren. Is deze belangrijke, intieme hulp (bij lichamelijke verzorging) echter niet goed geregeld en

onbetrouwbaar, dan versterkt dit het gevoel van afhankelijkheid en leidt tot grotere hulpbehoefte en invaliditeit.

Al eerder is opgemerkt dat in de meeste verzorgingshuizen wordt gewerkt volgens het medisch model. In dit model is de ontvanger van de hulp voor de oorzaak noch de oplossing van zijn probleem verantwoordelijk. De oorzaak wordt gezocht in een ziekmakend proces, de oplossing ervan ligt in handen van deskundigen. De negatieve gevolgen voor de bewoners zijn onder andere ontzegging van eigen verantwoordelijkheid, reductie van zelfbepaling en vergaande afhankelijkheid. Voor het personeel verlichten visies op de psychische en sociale problematiek als een louter medisch gebeuren van afbraak, atrofie en slijtage weliswaar de druk van de humane maatstaven, maar maken tegelijk ook minder gevoelig voor de eigen aard en leefgewoonte van het individu, voor aanwezige stoornissen en voor zaken als aangeleerd gedrag en 'self-fulfilling prophecy'. Onder invloed van het medisch model komt één van de functies van het verzorgingshuis, namelijk het bieden van woonruimte, sterk onder druk te staan. Bovendien wordt een andere functie (het bieden van ondersteuning) zeer eenzijdig ingevuld. Het uiteindelijke doel van het verzorgingshuis wordt hiermee uit het oog verloren.

Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn en Kidder (1982) onderscheiden naast het medisch model nog drie andere modellen van hulpverlening: het moralistisch, het belerend en het *compensatorisch model*. In het moralistisch model is de ontvanger van hulp verantwoordelijk voor zowel het ontstaan als de oplossing van zijn probleem. In het belerend model is hij wel verantwoordelijk voor het ontstaan van zijn probleem, maar niet voor de oplossing ervan. In het compensatorisch model tenslotte wordt de ontvanger van de hulp niet verantwoordelijk gesteld voor het ontstaan van zijn probleem, maar wel voor de mogelijke oplossingen. Van deze modellen biedt het compensatorische de gunstigste voorwaarden voor het scheppen van een 'ideale' omgeving en voor het realiseren van de uiteindelijke doelstellingen van het verzorgingshuis.

Daarnaast kan nog een aantal andere eisen aan de omgeving worden gesteld. Enkele daarvan zijn al in het voorafgaande genoemd. Om te beginnen is een *persoonlijke relatie* tussen de professionele hulpverlener en de ontvanger van hulp, in casu de verzorgingshuisbewoner, een wezenlijke voorwaarde van de 'ideale' omgeving. Daardoor kunnen onder andere depersonalisatie en anonimiteit worden voorkomen. Een ander aspect is de *continuïteit van de relatie*. Door de zorg steeds door dezelfde (groep) personeelsleden te laten verlenen, wordt onvoorspelbaarheid vermeden en kan de afstand tussen bewoner en personeel afnemen. Ook *duidelijkheid* in de zorgverlening kan een positief effect hebben

op het functioneren van de bewoners. Tenslotte is *flexibiliteit* gewenst. Hierbij wordt de zorg afgestemd op de specifieke wensen, behoeften en mogelijkheden van de individuele bewoner. Anders gezegd: de zorgverlening zou bewonersgericht dienen te zijn in plaats van taakgericht, wat nu vaak het geval is.

Vele van deze voorwaarden zijn ook door Wahl (1991) opgetekend uit de mond van de ouderen zelf. Desgevraagd hebben ouderen zelf aangegeven wat zij van de zorgverlening verwachten. Enkele uitspraken willen we hier nog aanhalen:

- meer tijd voor de zorg nemen, geduld hebben en niet grof worden;
- een 'open oor' hebben voor de ouderen;
- zelfstandigheid en zelfredzaamheid stimuleren;
- aan de ouderen zelf de beslissing overlaten wat voor hulp/zorg ze willen ontvangen;
- ouderen hun hulpbehoefvendheid niet laten voelen.

Verder kunnen nog voorwaarden worden gesteld aan de bouw, de ligging en de inrichting van het verzorgingshuis (Lawton, 1980: optimaliseren van de fysieke omgeving), aan de geboden diensten en activiteiten, aan de relatie met de wijk, de betrokkenheid van de bewoners bij de dagelijkse gang van zaken, de beeldvorming enzovoort. In wezen komen al deze voorwaarden erop neer dat ouderen zelf de mogelijkheid krijgen om een evenwicht te vinden tussen veiligheid en autonomie, gelet op hun eigen capaciteiten, en dat ze worden gezien als een individu met eigen behoeften en wensen, volop in staat om zelf invloed uit te oefenen op hun leven, en dat het personeel van 'human service'-organisaties minder afhankelijkheidsbevorderend gedrag vertoont.



## **6. Vraagstelling**

### **6.1 Theorievorming en het proces van achteruitgang**

Wij zijn dit eerste deel van onze studie begonnen met het gezegde: 'De ouderdom komt met gebreken'. Hieruit komt het beeld naar voren van het ouder worden als een onontkoombaar en onomkeerbaar proces van achteruitgang. Dit beeld beheerst het huidige spreken en denken over de ouderdom. In het licht van de voorafgaande hoofdstukken is de vraag gewettigd of dit waargenomen dan wel veronderstelde proces van achteruitgang een getrouwe afspiegeling is van de mogelijkheden van de ouderen zelf. In dit hoofdstuk willen we die vraag nader uitwerken.

Tot de jaren zeventig is men ervan overtuigd dat het proces van achteruitgang onlosmakelijk verbonden is met het ouder worden. Tot die tijd heeft het zogenaamde 'Deficit-model' de studies over de ouderdom bepaald (Lehr, 1972). Echter, door de vele uitzonderingen en de grote spreiding bij menig onderzoek kwam men tot de conclusie dat longitudinale data de werkelijkheid het beste weergeven (Munnichs, 1989). Uiteindelijk blijkt de chronologische leeftijd niet alléén bepalend te zijn voor het functioneren van ouderen, er blijken meer factoren een rol te spelen. Baltes, Reese en Lipsitt (1980) onderscheiden drie hoofdcategorieën die invloed hebben op het leven van een individu:

1. normatieve, aan leeftijd gebonden gebeurtenissen, van biologische (bijvoorbeeld kruipen, staan en lopen) of ecologische aard, die voor alle mensen gelden en nauw samenhangen met de biologische ontwikkeling (bijvoorbeeld kinderen krijgen);
2. normatieve gebeurtenissen die aan de geschiedenis gebonden zijn en daardoor voor iedereen van een cohort gelden;
3. niet-normatieve gebeurtenissen, van biologische of ecologische aard, die niet voor alle mensen gelden, zoals gezondheidstoestand, woonsituatie en familieverband.

De ouderdom heeft vooral te maken met de niet-normatieve gebeurtenissen, waarbij overigens steeds rekening moet worden gehouden met de interdependentie van de drie onderscheiden aspecten. Volgens Munnichs (1989) is voor een juist inzicht in de problematiek derhalve informatie van uiteenlopende aard noodzakelijk. De theorievorming dient daarmee rekening te houden, alsook met de grote inter- en intravariabiliteit van de ouderen zelf.

In de loop der tijd is niet alleen meer aandacht gekomen voor de grote verscheidenheid van factoren die het ouder worden beïnvloeden, en voor de verschillen tussen de ouderen zelf, maar ook voor de wisselwerking tussen de oudere en zijn omgeving. De laatste jaren maakt binnen de gerontologie het denken in termen van achteruitgang ('wat ouderen niet meer kunnen') plaats voor een

positieve benadering ('wat ouderen kunnen'). Willis en Baltes (1980), Kliegl en Baltes (1987) en Welford (1987) spreken in dit verband over intra-individuele plasticiteit. Dit begrip verwijst naar het feit dat eenzelfde persoon onder verschillende omgevingsvoorwaarden verschillende vormen en niveaus van gedrag kan vertonen.

Vanuit de nadruk op plasticiteit is de interventiegerontologie ontstaan. Uitgangspunt van deze benadering is dat door gericht ingrijpen in de omgeving het functioneren van ouderen in cognitief, affectief en sociaal opzicht beïnvloed kan worden (Baltes en Zerbe, 1976; Gatz, Popkin, Pino en VandenBos, 1985). Dit zou zelfs voor het lichamelijk functioneren gelden: ziekte wordt meer en meer opgeschoven naar het einde van het leven, waardoor een rechthoekige of ideale overlevingscurve ontstaat (Fries en Crapo, 1981; Fries, 1990: compressie van morbiditeit). Baltes en Baltes (1990) spreken over *successful aging* door gebruik te maken van selectie, optimalisering en compensatie. De auteurs erkennen weliswaar dat het biologische proces van veroudering het geheel aan mogelijkheden op hoge leeftijd inperkt, maar vinden ook dat ouderen voor de taak staan zich aan te passen door te selecteren en zich te concentreren op die gebieden die een hoge prioriteit hebben, en die een samengaan van eisen uit de omgeving en van individuele motivatie, vaardigheden en biologische capaciteit met zich meebrengen.

Ons onderzoek kan geplaatst worden in het kader van de interventiegerontologie. In navolging van observatie- (Baltes) en interventie-onderzoek (Neumann, 1986) hebben wij goede redenen om aan te nemen dat het reduceren van afhankelijkheidsondersteunend gedrag van de omgeving kan leiden tot een belangrijke toename van onafhankelijk zelfverzorgend gedrag van ouderen. Er zijn aanwijzingen dat de uitspraken van ouderen over het niet-gebruiken van competentie en hun verwijzing naar de sociale partners en de fysieke omgeving als oorzaken voor dat niet-gebruiken, niet louter woorden zijn, maar dat er wel degelijk een reële basis bestaat in reservecapaciteiten die geactiveerd kunnen worden onder positieve en stimulerende omgevingscondities.

Weliswaar hebben wij niet de illusie in ons onderzoek de ideale omgeving te kunnen realiseren, maar ons streven is erop gericht de voorwaarden die in de vorige paragraaf zijn omschreven, zoveel mogelijk te benaderen. Daarbij staat de zelfstandigheid en de eigenwaarde van de oudere mens voor ons voorop. Dit uitgangspunt vormt mede de grondslag van het compensatorisch model, dat feitelijk het best aansluit bij onze benadering.

## 6.2 Het effect van interventie

De vraag die wij ons stellen is of het ook bij onze onderzoeksgroep mogelijk is een positieve invloed uit te oefenen op hun functioneren door ingrijpen in de omgeving. Met andere woorden of het mogelijk is de veronderstelde negatieve spiraal te doorbreken. In ons onderzoek beperken we ons tot een specifieke groep ouderen: de bewoners van een verzorgingshuis. De keuze voor deze groep is ingegeven door de gedachte dat wanneer we erin slagen het gestage proces van achteruitgang bij deze hoogbejaarde mensen te doorbreken, dit zeker zal opgaan voor minder kwetsbare ouderen.

Onze uitwerking bestaat uit drie stappen. Om te beginnen richten we ons op de feitelijke situatie van de verzorgingshuisbewoners: welke is precies hun toestand, met name beschreven in psychosociale termen. Vervolgens gaan we door middel van longitudinaal onderzoek na of inderdaad sprake is van een negatieve spiraal. Tenslotte onderzoeken we of ingrepen in de omgeving, met name in de vorm van meer bewonersgericht werken, inderdaad leiden tot verbetering van de situatie van de betrokken verzorgingshuisbewoners. Deze stappen zijn vertaald in een aantal concrete vragen, die we hieronder zullen bespreken.

Om de feitelijke situatie van onze onderzoeksgroep in kaart te brengen hebben wij ons de volgende vragen gesteld:

- Wat is de aard en de omvang van hun problemen?
- Gaat het met name om cognitieve en sociale problemen of is er ook sprake van emotionele problematiek?
- Hoe omvangrijk is de lichamelijke hulpbehoefendheid van de bewoners?
- Wat is de samenhang tussen de verschillende soorten problemen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden hebben wij een eigen onderzoeksmethode ontwikkeld teneinde inzicht te krijgen in het functioneren van de bewoners. Bijkomende vraag is of deze methode wel geschikt is om een beeld te krijgen van psychosociale problematiek van bewoners.

Alvorens in te grijpen in de omgeving zijn meer gegevens nodig dan alleen de omschrijving van de problematiek. Daarom gaan we na of inderdaad sprake is van een negatieve spiraal, zoals verondersteld, en trachten we de oorzaken van de aanwezige problematiek op te sporen. In dat verband zijn de volgende vragen voor ons van belang:

- Hoe is het verloop van de geschetste problematiek gedurende een langere periode?
- Is er inderdaad sprake van een achteruitgang in het functioneren van verzorgingshuisbewoners?

- Zijn er in de opzet van de organisatie en in de werkwijze van het personeel oorzaken aan te wijzen voor de psychosociale problemen bij bewoners?
- Is de zorg- en dienstverlening voldoende aangepast aan de mogelijkheden en behoeften van de bewoners?

Invoering van eventuele aanpassingen op organisatorisch niveau en verandering van werkwijze maken beantwoording van de volgende vraag noodzakelijk:

- Wat zijn de effecten van veranderingen op de psychosociale problematiek en de lichamelijke hulpbehoefte van de bewoners?

Tijdens het onderzoek is ook een andere manier van omgaan met de psychosociale problemen van bewoners toegepast door het creëren van een vorm van groepsopvang voor hen die een indicatie hebben voor een psychogeriatrisch verpleeghuis. Hierbij stellen wij ons de volgende vragen:

- Wat zijn de gevolgen van deze aanpak voor het functioneren van de deelnemers aan deze groepsopvang?
- Wat zijn de effecten voor de totale populatie van het huis?

Tenslotte hebben we ons nog afgevraagd wat de effecten van organisatorische veranderingen zijn voor een specifieke groep verzorgingshuisbewoners: degenen die in de laatste fase van hun leven verkeren. Deelvragen zijn hier:

- Hebben veranderingen in organisatie en werkwijze ook voor hen effect?
- Zo ja, geldt dit dan zowel voor de psychosociale problematiek als voor de lichamelijke hulpbehoefte?
- Of hebben we te maken met een proces van terminale achteruitgang dat niet meer te beïnvloeden is?

De antwoorden op al deze vragen zullen in het tweede deel van deze studie uitgebreid worden besproken, teneinde een inzicht te krijgen in het mogelijk effect van specifieke interventies in de omgeving van een bepaalde groep kwetsbare ouderen.





# DEEL II





## 7. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel\*

In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de eerste fase van een onderzoek in een groot verzorgingshuis in het oosten van het land. Directie en staf van dit huis (hier 'Zorgvliet' genoemd) zien zich in toenemende mate geconfronteerd met psychische en sociale problemen van de bewoners. Wij schetsen een beeld van deze ontwikkeling en van de omvang van deze problematiek.

### 7.1 Probleemstelling

In de afgelopen decennia is het bejaardenhuis in Nederland geëvolueerd tot een verzorgingshuis. De bewoners zijn meer en meer gaan bestaan uit mensen die vanaf de opname huishoudelijk en lichamelijk hulpbehoevend zijn [Tabel 1].

Tabel 1. Indeling van de totale bejaardenoortpopulatie van Nederland naar de mate van validiteit in 1965, 1970, 1975 en 1980, in percentages (Bron: CBS).

Validiteitsgroep*	1965	1970	1975	1980
A. volledige hulpbehoevendheid	14.0	12.4	14.1	16.4
B. gedeeltelijke hulpbehoevendheid	16.7	22.0	27.2	32.8
C. huishoudelijke hulp nodig	69.3	65.6	58.7	50.8

\* Criteria voor deze indeling (Remmerswaal, 1970):

A. hulp nodig bij: 1. aan- en uitkleden, 2. wassen, 3. eten en 4. naar het toilet gaan;

B. hulp nodig bij één tot drie van de sub A genoemde activiteiten;

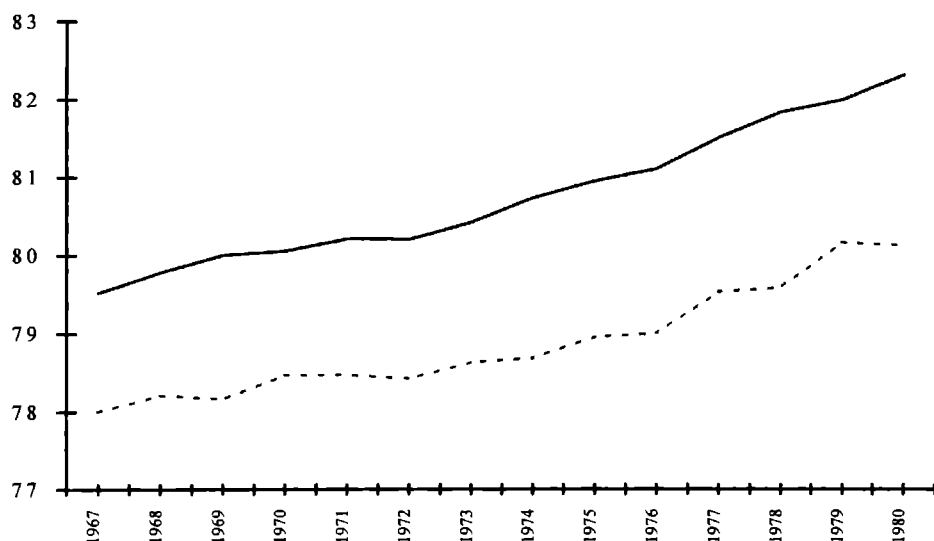
C. uitsluitend huishoudelijke hulp nodig.

Het aantal bewoners dat alleen huishoudelijke hulp nodig heeft, is in de loop van de tijd duidelijk afgenomen. Het percentage van gedeeltelijk hulpbehoevenden is het sterkst gestegen, terwijl de groep die volledige hulp behoeft, nagenoeg gelijk bleef.

---

\* Oorspronkelijk verschenen als: CMS van Loveren-Huyben en JA van der Bom. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1983; 14: 199-206.

De toenemende verzorgingsbehoefte lijkt samen te hangen met de steeds hogere leeftijd van de verzorgingshuispopulatie [Figuur 2]. In 1980 bedraagt de mediane leeftijd 82,4 jaar. In 1967 was deze nog 79,6 jaar. Deze trend geldt zowel voor de nieuw-opgenomenen als voor de totale populatie.



Figuur 2. Mediaan van de leeftijd van de totale populatie verzorgingshuisbewoners in Nederland (—) en van nieuw-opgenomen bewoners (- - -) vanaf 1967 tot en met 1980 (Bron: CBS).

Sinds 1 januari 1977 hebben zogenaamde indicatiecommissies een belangrijke stem in het opnamebeleid. Wettelijk omschreven opnamecriteria en bijbehorende opnameprocedures zorgen ervoor dat toelating slechts mogelijk is bij een bepaalde mate van verzorgingsbehoefte. Met deze wijziging in het opnamebeleid is ook de doelstelling van het verzorgingshuis veranderd. Aanvankelijk lag de nadruk vrijwel uitsluitend op huisvesting. Tegenwoordig wordt de doelstelling als volgt omschreven: 'het in combinatie bieden van huisvesting en van gedeeltelijke dan wel volledige verzorging en begeleiding in de eigen woon-sfeer, zonder dat er sprake is van voortdurende verpleging' (CCB, 1979). De nadruk wordt gelegd op de zelfstandigheid van de bewoners en de ondersteunende functie van de dienstverlening. Naast een aantal activiteiten van het personeel die aan alle bewoners in gelijke mate ten goede komen (onder andere

maaltijdverstrekking), wordt zorg verleend die afhankelijk is van de behoefte van de individuele bewoner. Volgens het CCB-rapport omvat de laatste activiteit behalve een specifiek verzorgend ook een sociaal-begeleidend aspect. In de praktijk blijkt deze sociale begeleiding steeds meer aandacht te vragen.

Binnen de groep die uitsluitend op grond van verzorgingsbehoefte is opgenomen, treedt differentiatie op. Sommige bewoners blijven tot aan hun dood met de benodigde hulp zelfstandig. Anderen vinden geen aansluiting in het huis, verliezen contacten, vereenzamen en gaan geestelijk en/of lichamelijk achteruit. Het wonen in een verzorgingshuis werkt op zich hiervoor niet preventief. De toename van psychosociale problematiek kan gedeeltelijk ook worden toegeschreven aan veranderingen in het opnamebeleid. In 1978 was bij 28,5 % van de adviesaanvragers die een positief advies tot opname ontvingen, sprake van sociale en/of psychische omstandigheden als reden voor indicatie. Het percentage sociale indicaties is gestegen tot 35,6 % in 1981 (Ministerie van WVC, 1982). Naarmate deze problemen bij de indicatiestelling en (meer nog) bij de urgentiebepaling een extra gewicht krijgen, neemt het aantal probleemgevallen automatisch toe. Ten gevolge van deze ontwikkeling is de laatste jaren een nieuwe categorie bewoners ontstaan. Deze voldoen niet langer aan de omschrijving 'zelfstandige bewoner', omdat zij zodanige verstandelijke, emotionele of sociale problemen hebben, dat het personeel extra zorg aan hen dient te besteden.

In 'Zorgvliet' wordt in een vroeg stadium onderkend dat deze ontwikkeling een aanpassing in de dienstverlening en de verzorgende activiteiten vereist. Men heeft de Intervakgroep Sociale Gerontologie te Nijmegen gevraagd om te assisteren bij de ontwikkeling van een strategie om de organisatie aan te passen, met behoud van de specifieke functie van het huis. Het verzorgingshuis moet een woonhuis blijven; het mag niet uitgroeien tot een semi-geriatrisch instituut.

## **7.2 Plaats van onderzoek**

'Zorgvliet' is een groot verzorgingshuis in het oosten van het land, dat plaats biedt aan ongeveer 300 bewoners. In 1981 bedraagt hun gemiddelde leeftijd 83,5 jaar, met een standaarddeviatie van 5,5 jaar. Men woont er gemiddeld 6,5 jaar; de standaarddeviatie bedraagt hier 5,5 jaar. Drie kwart van de bewoners bestaat uit vrouwen; het merendeel is weduwe casu quo weduwnaar.

Vanaf 1978 is de verzorgingsbehoefte van de individuele bewoner vastgelegd volgens de methode van Twijnstra en Gudde [zie paragraaf 7.3]. De verzorgingsbehoefte blijkt de laatste jaren sterk te zijn gestegen. In 1978 hadden 150 bewoners meer zorg nodig dan de algemeen geboden voorzieningen. In 1980/1981 zijn dit al 269 bewoners. Daarnaast is de hoeveelheid zorg per

bewoner anderhalf maal zo groot geworden (32 minuten per dag in 1978 tegen 47 minuten per dag in 1980/1981). De hoeveelheid personeel is aan deze toegenomen verzorgingsbehoefte aangepast. In 1976 waren in totaal 65 personeelsleden in het huis werkzaam, tegenover 102 in 1981. Deze toename wordt bijna uitsluitend veroorzaakt door de groei van de verzorgende sector.

De laatste jaren zijn twee activiteitenbegeleidsters in 'Zorgvliet' werkzaam, die een uitgebreid programma in de recreatieve sfeer verzorgen (onder andere bezigheidstherapie, film- en toneelavonden en gymnastiek).

Met betrekking tot de bewonerssamenstelling en de ontwikkeling van de verzorgingsbehoefte wijkt 'Zorgvliet' niet af van andere verzorgingshuizen. Het huis kan in deze opzichten als een 'normaal' verzorgingshuis worden beschouwd.

Naar aanleiding van bovenstaand verzoek hebben wij in 'Zorgvliet' een onderzoek opgezet, dat erop gericht is inzicht te geven in het ontstaan en de ontwikkeling van de lichamelijke, psychische en sociale problematiek bij verzorgingshuisbewoners. In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van de meetinstrumenten en de resultaten van het onderzoek in het eerste jaar. In volgende hoofdstukken bespreken we de resultaten van meerdere jaren.

## **7.3 Methoden**

### **7.3.1 *Lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoevendheid***

Voor de registratie van de lichamelijke hulpbehoevendheid hebben we gebruik gemaakt van de methode van Twijnstra en Gudde. In opdracht van het Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk hebben zij op basis van de methode van Bakker-Lenderink (1974) in 1978 de zogenaamde meerzorgregistratie ontwikkeld om een beeld te krijgen van de verzorgingsbehoefte van de verzorgingshuisbewoners (Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, 1978). Sindsdien beoordeelt het personeel ieder kwartaal aan de hand van deze methode de hulpbehoevendheid van de individuele bewoner. Deze wordt direct vertaald in de per bewoner benodigde verzorgingstijd. In de praktijk blijkt deze methode vooral te worden gebruikt ter bepaling van de personele belasting en speelt zij een rol bij de aanvraag van personeelsuitbreiding.

Om de mate van lichamelijke en huishoudelijk hulpbehoevendheid van de bewoners vast te stellen, hebben wij de volgende aspecten uit deze registratie gelicht: baden/wassen, aan- en uitkleden, bed opmaken, eten, kamer opruimen, naar het toilet gaan en incontinentie van urine en/of faeces. Per aspect wordt

aangegeven, of de bewoner zelfstandig is dan wel gedeeltelijke of volledige hulp nodig heeft.

Bij de scoring zijn we niet uitgegaan van de hoeveelheid tijd die het personeel nodig heeft bij de begeleiding, maar van de oorspronkelijke score-verdeling. Per item varieert de score van 0 (zelfstandig/ongestoord) tot 2 of 3 (volledig hulpbehoevend). Over de genoemde aspecten hebben we een totaalscore berekend en deze gedefinieerd als ADLP (P = personeel). De totaalscore geeft de mate van hulpbehoevendheid van een bewoner aan bij bovengenoemde Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen.

### **7.3.2      *Beoordeling van gedragskenmerken***

De beschikbare beoordelingslijsten zijn niet zonder meer te gebruiken in het verzorgingshuis (Twining en Allen, 1981). We hebben daarom zelf een beoordelingsinstrument 'Psychische en Sociale problemen' geconstrueerd. Daarbij hebben we de Nederlandse bewerking van de PAMIE (= Physical And Mental Impairment of function Evaluation; Gurel, Linn en Linn, 1972; Van Eekelen 1978 en 1981) tot uitgangspunt genomen. Uit deze schaal zijn die items gekozen die betrekking hebben op de aspecten cognitie, stemming en sociaal contact. Voor een evenwichtige vertegenwoordiging van deze aspecten is de schaal aangevuld met items uit de BOP (= Beoordelingsschaal Oudere Patiënten; Van der Kam, Mol en Wimmers, 1971). De formulering van de items en de antwoordcategorieën zijn in overleg met de leidinggevendenden van het verzorgingshuis aangepast.

De schaal bestaat in totaal uit 35 items en wordt sinds juni 1981 tegelijk met de meerzorgregistratie iedere drie maanden door de afdelingshoofden, in samenspraak met het hoofd van de verzorging, ingevuld. Het beoordelingsformulier is zodanig ontworpen, dat de beoordelaars per item een overzicht hebben van de voorafgaande beoordelingen. Een afwijking van de vorige score betekent derhalve, dat men in vergelijking met de laatste waarneming een verandering signaleert. Deze verandering wordt in het gesprek tussen genoemde functionarissen steeds gemotiveerd.

De antwoordcategorieën zijn: nooit, zelden, soms, vaak, en zeer vaak. Voor een uitgebreidere beschrijving verwijzen we naar een eerder verschenen rapport (Van Loveren-Huyben en Van der Bom, 1983a; zie ook Van Loveren-Huyben, Van der Bom en Bronts, 1988).

### 7.3.3      **Structuur en interne consistentie**

De structuur van de beoordelingsschaal is met behulp van factoranalyse onderzocht [Tabel 2]. De meest scheef verdeelde items (onder andere suïcide-neiging, agressie in woord en daad) zijn bij de analyse weggelaten. Het aantal factoren is bepaald op grond van het verloop van de eigenwaarden.

Tabel 2.      Varimax geroteerde factor-matrix volgens de hoofdassen-analyse, met behulp van het SPSS-programma FACTOR (Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner en Bent, 1979). Eerste waarneming (n = 297).

<i>item (verkort)</i>	<i>cognitie</i>	<i>stemming</i>	<i>sociaal contact</i>
21.    verward	.75	.08	.21
19.    begrijpt niet goed	.72	.02	.07
5.     onsamenhangend in praten	.66	.22	.25
16.    van onderwerp afdwalen	.65	.11	.17
8.     kan de weg niet vinden	.62	-.11	.27
17.    moeite met onthouden	.56	.07	.27
14.    in de gaten houden	.54	.07	.14
25.    dingen kwijt	.48	.24	.13
22.    moeite met beslissen	.47	.11	.28
3.     ontevreden	-.03	.73	.08
1.     geïrriteerd	.02	.72	.19
20.    veeleisend	.00	.69	.12
10.    klagen	.05	.62	.24
9.     anderen de schuld geven	.10	.57	.11
13.    wantrouwend	.32	.55	.16
6.     niet coöperatief	.28	.53	-.09
18.    snel overstuur	.05	.52	.39
4.     verzet zich	.35	.44	-.05
27.    zich terugtrekken	.14	.05	.72
26.    aanmoediging nodig	.37	.07	.62
29.    ongeïnteresseerd in omgeving	.20	.10	.62
28.    eenzaam	.13	.20	.57
12.    ongeïnteresseerd	.26	.11	.54
7.     negeert wat gebeurt	.47	.05	.44
11.    depressief	.12	.30	.38

Bij deze analyse vinden we één algemene schaal: psychische en sociale hulpbehoefte. Varimax-rotatie levert drie subschalen op: cognitie, stemming en sociaal contact. Voor de bepaling van de interne consistentie is gebruik gemaakt van de Kuder-Richardson formule nr. 21. Deze betrouwbaarheidscoëfficiënt is een maat voor de schaalbaarheid van de items. De gevonden waarden zijn hoog tot zeer hoog, zowel voor de totale schaal (.90) alsook voor de drie subschalen (.82/.83/.78).

De ongeroteerde factorstructuur blijft in de volgende waarnemingen onveranderd. De geroteerde factorstructuur van de tweede waarneming is gelijk aan die van de eerste. Bij de derde en vierde waarneming treedt een verandering op. De aspecten cognitie en sociaal contact vormen nu samen één factor. Enkele items ('negeert wat gebeurt' en 'depressiviteit') verschuiven in de loop van de waarnemingen van schaal. De algemene schaal verandert niet wezenlijk. Bij de bespreking van de resultaten worden de drie factoren afzonderlijk behandeld.

### **7.3.4 Externe validiteit**

Eenentwintig bewoners uit 'Zorgvliet' hebben in de periode van mei 1981 tot en met december 1981 deelgenomen aan een medicatie-onderzoek (Van Loveren-Huyben, Engelaar, Hermans, Van der Bom, Leering en Munnichs, 1983). Tijdens deze onderzoeksperiode zijn ze door een arts iedere drie weken beoordeeld op de aspecten cognitie, stemming, sociaal gedrag en lichamelijke componenten zoals moeheid en duizeligheid. De observatie geschiedde met behulp van de SCAG (= Sandoz Clinical Assessment Geriatric Scale; Shader, Harmatz en Salzman, 1974).

Deze schaal bestaat uit 18 items en een beoordeling van de algemene indruk van de psychische toestand. De beoordeling van cognitieve problemen door het personeel blijkt nauw samen te hangen met het oordeel van de arts over de mate van verwardheid, alertheid, desoriëntatie, motivatie, onverschilligheid, het vermogen tot zelfverzorging en de functie van het recente geheugen [Tabel 3].

De correlaties van de factor stemming met enerzijds depressie, emotionele labiliteit, angst, anderzijds vijandigheid, lastigheid en gebrek aan medewerking duiden erop, dat een hoge score een meervoudige betekenis kan hebben. Aspecten als eenzaamheid en teruggetrokkenheid komen in de SCAG niet voor. Een vergelijking met de beoordeling door het personeel op de factor sociaal contact is daardoor niet mogelijk.

De beoordeling door het personeel kan voor wat betreft de factor cognitie verder gevalideerd worden met behulp van psychologische testresultaten en beoordelingen. Wij hebben in het genoemde medicatie-onderzoek een aantal tests afgenomen, die betrekking hebben op geheugenfunctie, psychomotoriek, snelheid van handelen, concentratie en aandacht. Op grond van de observaties bij de testafname is een beoordeling gegeven van het cognitief functioneren van de

deelnemers. Uit de vergelijking van de resultaten met de beoordeling door het personeel blijkt, dat het personeel redelijk goed beoordeeld heeft. Slechte testresultaten gaan gepaard met hogere scores op de factor cognitie. Op grond van de beoordeling door de psychologe kunnen we concluderen, dat het personeel in ongeveer 25% van de gevallen cognitieve stoornissen onderschat of niet opmerkt.

Tabel 3. Significante Pearson product-moment correlaties ( $p < 0.05$ , tweezijdig) tussen de items van de SCAG en cognitie, stemming, sociaal contact, totaalscore psychische en sociale problemen en ADLP.

SCAG-item (verkort)	cognitie	stemming	sociaal contact	totaalscore	ADLP
1. verwardheid	.77 *	.40		.72 *	.49
2. alertheid	.77 *			.67 *	.51 *
3. recent geheugen	.77 *			.69 *	.41
4. desoriëntatie	.82 *		.38	.75 *	.57 *
8. motivatie/initiatief	.64 *			.65 *	.65 *
12. onverschilligheid	.71 *			.60 *	.63 *
15. zelfverzorging	.60 *			.57 *	.70 *
5. angst	.39	.47		.44	
6. depressie		.61 *		.50	
7. emotionele labiliteit		.46			
10. vijandigheid		.37			
11. lastigheid		.51			
14. niet coöperatief		.47			
19. algemene indruk	.84 *	.38		.76 *	.52 *

\*  $p < 0.01$  (tweezijdig)

De resultaten van dit eerste valideringsonderzoek zijn zeer bevredigend. Voor dat we overgaan tot de beschrijving van de cross-sectionele en longitudinale resultaten, willen we echter benadrukken dat de beoordelingsschaal vooralsnog geen klinische betekenis heeft. Het onderzoek heeft betrekking op de perceptie van personeel. De relevantie daarvan voor diagnostiek en behandeling dient nog nader onderzocht te worden.



## 7.4

### Cross-sectionele en longitudinale resultaten

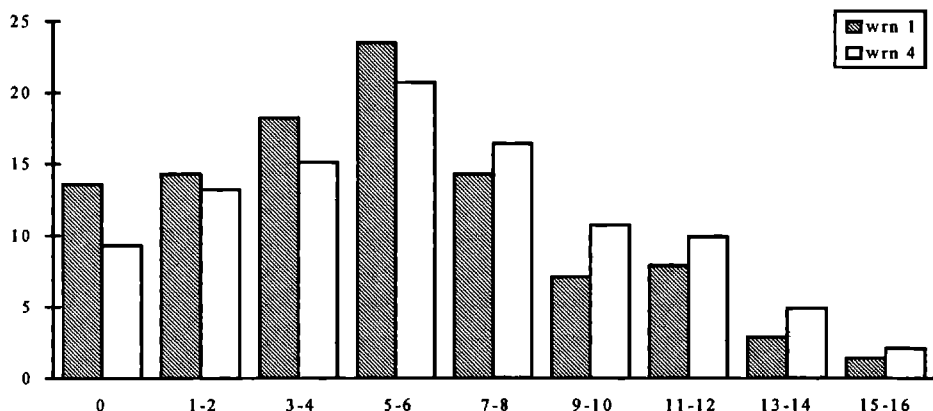
In juni 1981 vond de eerste waarneming van het onderzoek plaats. Op dat tijdstip zijn 297 bewoners beoordeeld naar enerzijds lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoevendheid, anderzijds psychische en sociale problemen. Van de beoordeelde bewoners bij de eerste waarneming zijn er 272 een jaar lang gevolgd. Van 267 van hen beschikken we over de volledige longitudinale data van vier waarnemingen. Iedere waarneming op zich heeft betrekking op ongeveer 300 bewoners.

Bij de bespreking van de resultaten besteden we eerst aandacht aan de totale bewonersgroep per waarneming (cross-sectioneel) en vervolgens aan die mensen van wie we over vier beoordelingen beschikken ( $n = 267$ ; longitudinaal). Specifieke analyses met betrekking tot nieuw-opgenomen bewoners en vertrokken bewoners komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

#### 7.4.1

#### *Lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoevendheid*

Bij de eerste waarneming blijkt, dat 13% van de bewoners geen hulp nodig heeft bij baden/wassen, aan- en uitkleden, bed opmaken, eten, kamer opruimen en naar het toilet gaan, en niet incontinent is. De score van ADLP is bij hen gelijk aan 0 [Figuur 3].



Figuur 3. Procentuele verdeling van de ADLP-scores bij de eerste en vierde waarneming.

Bij de vierde waarneming is dit percentage gedaald tot 9%. Bij 91% van de bewoners wordt dan dus in meer of mindere mate hulp geboden op genoemde aspecten. Het percentage dat veel hulp nodig heeft (score  $\geq 9$ ), stijgt in de loop

van het onderzoeksjaar van 19 naar 29%. Bij de eerste waarneming is 58% onafhankelijk met betrekking tot mobiliteit. Een jaar later is dit gedaald tot 45%. Het percentage dat zich niet zelfstandig kan verplaatsen, stijgt van 21 naar 27%. Deze gegevens hebben betrekking op de totale bewonersgroep per waarneming. Als we alleen die bewoners bij de analyse betrekken van wie vier waarnemingen beschikbaar zijn, dan vinden we bij twintig bewoners (8%) een geringe vooruitgang op de ADL-schaal. Zij hebben bij de vierde waarneming iets minder hulp nodig dan bij de eerste waarneming. Van de overige 92% blijft de helft op hetzelfde niveau en gaat de andere helft achteruit. De mate van achteruitgang varieert sterk.

#### **7.4.2      *Psychische en sociale problemen***

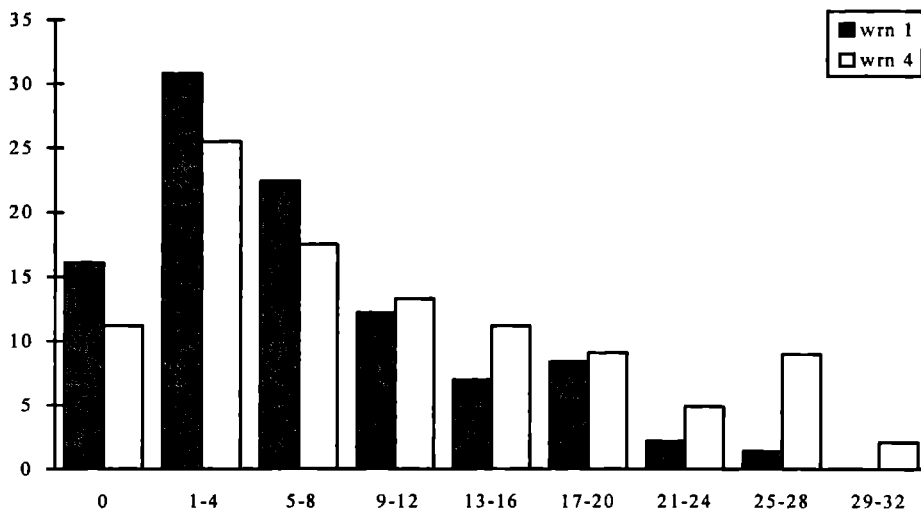
Bij de eerste waarneming wordt 47% van de bewoners door het personeel in meer of mindere mate als eenzaam beoordeeld. Een jaar later is dit opgelopen tot 63%. Neerslachtigheid komt aanvankelijk bij 46% van de bewoners voor en na een jaar bij 56%. Andere veel voorkomende problemen zijn: in zichzelf gekeerd, overstuurd, moeite met onthouden, zich terugtrekken en wantrouwend. Bij de vierde waarneming komen deze bij meer dan 40% van de bewoners voor.

Bij alle items uit de vragenlijst valt in de loop van het jaar een achteruitgang te zien: het aantal dat 'nooit' scoort, neemt af. Het percentage bewoners dat volgens het personeel geen enkel teken van psychische of sociale problemen vertoont (de totaalscore op de vragenlijst = 0), daalt in het onderzoeksjaar van 16 naar 11%. Het aantal bewoners dat een hoge score behaalt, neemt duidelijk toe [Figuur 4].

De verdeling van de scores over de subschalen cognitie, stemming en sociaal contact komt overeen met die van de totale schaal. Bij de eerste waarneming heeft 54% van de bewoners naar het oordeel van het personeel geen cognitieve problemen. Bij de laatste waarneming is dit percentage gedaald tot 42. Bij de factoren stemming en sociaal contact bedragen deze percentages 46-38 en 33-23. Zowel bij cognitie als stemming en sociaal contact neemt het aantal bewoners met een hoge score toe. In vergelijking met cognitie en stemming vormt sociaal contact het belangrijkste probleemgebied. Hier vinden we de meeste hoge scores.

Bij de longitudinale analyse blijkt dat de grootste veranderingen zich voordoen tussen de tweede en derde waarneming. Op dit punt komen we terug in de discussie. Daarnaast blijkt dat vooral bewoners die de eerste keer een gemiddelde score behalen (bijvoorbeeld bij cognitie de scores 3 tot en met 6), een achteruitgang vertonen. De meeste bewoners (77%;  $n = 116$ ) die bij de eerste waarneming geen cognitieve stoornissen vertonen, blijven cognitief veelal op peil tot

en met de vierde waarneming. Degenen die in het begin al een hoge score behalen, kunnen -vanzelfsprekend- niet veel meer achteruitgaan.



Figuur 4. Procentuele verdeling van de totaalscores voor psychische en sociale hulpbehoevendheid bij de eerste en vierde waarneming.

Hetzelfde geldt voor de andere factoren. De mate van achteruitgang vertoont een grote variatie. Sommigen gaan zeer weinig achteruit en anderen vertonen een enorme achteruitgang (bij cognitie bijvoorbeeld 9 punten). Nagenoeg geen enkele bewoner vertoont een vooruitgang op de beoordeling van psychische en sociale aspecten.

#### 7.4.3 ***Samenhang tussen ADLP en psychische en sociale problemen***

In Tabel 4 staan de correlaties vermeld tussen de factoren cognitie, stemming en sociaal contact en de totaalscore psychische en sociale problemen met ADLP.

Hoewel alle correlaties uit Tabel 4 significant zijn, liggen ze niet erg hoog. De hoogste is die tussen de totaalscore psychische en sociale problemen en ADLP bij de vierde waarneming ( $r = 0.50$ ). Deze correlatie betekent dat 25% van de variantie in psychische en sociale problemen wordt verklaard door ADLP en

omgekeerd. Voor de overige 75% gaan de verschillen in verzorgingsbehoefte dus niet samen met de psychosociale problematiek van de bewoners.

Tabel 4. Pearson product-moment correlaties van cognitie, stemming, sociaal contact en totaalscore psychische en sociale problemen met ADLP. Eerste en vierde waarneming.

	<i>ADLP</i>	
	<i>Eerste waarneming</i>	<i>Vierde waarneming</i>
Cognitie	.44	.48
Stemming	.22	.27
Sociaal contact	.32	.43
Totaalscore	.45	.50

Dit betekent dat een bewoner die lichamelijk en huishoudelijk verzorgingsbehoefstig is, niet per definitie problemen van psychische en sociale aard heeft. Het omgekeerde komt eveneens voor: bewoners met psychische en sociale problemen behoeven niet per se hulp te krijgen bij lichamelijke en huishoudelijke activiteiten.

## 7.5 Discussie

Uit de resultaten van ons onderzoek blijkt, dat zowel de lichamelijke hulpbehoevendheid alsook psychosociale problemen van de bewoners van een verzorgingshuis over een periode van 12 maanden toenemen. De grootste toename vindt plaats tussen de tweede en derde waarneming. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat het personeel meer gewend is geraakt aan de observatiemethode. Daarnaast kan tussentijdse begeleiding door de directie en door de medewerkers aan het medicatie-onderzoek (Van Loveren-Huyben e.a., 1983) van invloed zijn geweest. Ook mogen we eventuele seizoensinvloeden niet uitsluiten. De derde waarneming heeft namelijk plaatsgevonden in december. Analyse van de gegevens van 1982 zal meer duidelijkheid verschaffen. Naar onze mening zijn deze factoren niet dermate zwaarwegend, dat zij de achteruitgang volledig bepalen.

De vraag is, hoe ver deze achteruitgang zal doorzetten. Gezien de vergrijzing van de verzorgingshuispopulatie, mag verondersteld worden dat het aantal mensen met gedragsstoornissen in de komende jaren toeneemt. Met behulp van de

door ons gehanteerde methode is het mogelijk op de gestelde vraag een antwoord te geven. Longitudinale analyse zal nauwkeurig kunnen aangeven, hoeveel mensen per jaar in de problemen geraken, en welke omvang deze problemen hebben. Tevens zijn we in staat effecten van extra begeleiding en stimulering van bewoners, alsmede beleidsveranderingen te evalueren.

Voor de beoordeling van psychische en sociale problemen bij verzorgingshuisbewoners was tot nu toe geen methode voorhanden. Daarom hebben wij zelf een beoordelingsinstrument geconstrueerd. Uit een vergelijking met de medische en psychologische data die wij hebben verzameld in een medicatieonderzoek (Van Loveren-Huyben e.a., 1983), blijkt dat het personeel van dit verzorgingshuis in staat is om psychische en sociale problemen te registreren. Bij de bespreking van de resultaten hebben we echter ook gezien, dat in ongeveer 25% van de gevallen cognitieve stoornissen niet worden opgemerkt door het personeel. Dit hangt samen met het feit dat de meeste bewoners zoveel mogelijk moeite doen om de geestelijke achteruitgang tegenover de buitenwereld te verbergen. Het beste lukt dat die bewoners die nauwelijks hulp nodig hebben bij hun ADL. Toch menen wij met onze methode een manier gevonden te hebben om de meest in het oog springende psychische en sociale problemen van de bewoners te signaleren.

De vraag is nu, hoe we met deze problematiek moeten omgaan. Het lijkt zeer aantrekkelijk om de observaties van het personeel uit te drukken in zorgbehoefte en hoeveelheid personeel. In de praktijk blijkt dit al te gebeuren. Ons onderzoek is echter uitsluitend gericht op de registratie van psychosociale problematiek op grond van gedragsbeoordelingen. Het geeft geen indicaties voor enigerlei vorm van hulpverlening of behandeling. Nog meer dan bij de ADL-registratie volgens de methode van Twijnstra en Gudde moeten we vraagtekens zetten bij de introductie van gedragsobservatie in het verzorgingshuis. In de huidige situatie ontbreekt het aan professioneel geschoolde en bevoegde stafleden, die in staat zijn om personeelsleden te begeleiden en hun gedrag in relatie tot bewoners te toetsen. Uitbreiding van het personeelsbestand (al dan niet op grond van gedragsobservatie) is bovendien geen oplossing. Het gaat niet om de kwantiteit, maar om de kwaliteit van de hulpverlening. Op korte termijn zou bijscholing van het huidige personeel kunnen leiden tot een betere opvang. Op langere termijn is het noodzakelijk dat het personeelsbestand afgestemd wordt op de differentiatie naar lichamelijke én geestelijke hulpbehoefte van verzorgingshuisbewoners. Hierbij gaan we ervan uit, dat geestelijke hulpbehoefte in de meeste gevallen niet gelijk staat aan een verpleeghuisindicatie.

Tot slot willen we nader ingaan op de representativiteit van het onderzoek. 'Zorgvliet' is een groot verzorgingshuis, gelegen in een vrij grote stad. Het is denkbaar dat de hier beschreven resultaten samenhangen met factoren als grootte, regionale kenmerken, bouwjaar en verblijfsduur van de bewoners. We nemen echter aan, dat de waargenomen ontwikkeling in de meeste verzorgingshuizen terug te vinden is. De verschillen zullen vooral betrekking hebben op het moment waarop en de snelheid waarmee deze ontwikkeling zichtbaar wordt. We kunnen ook wijzen op het onderzoek van Luteijn, Niemeyer, Sipsma en Ter Haar, die reeds in 1974 vaststelden dat bij 27% van de bewoners van verzorgingshuizen in Friesland in lichte tot ernstige mate geestelijke stoornissen voorkwamen. Zij beperkten zich daarbij tot het onderzoek van cognitieve stoornissen. Aspecten als sociaal isolement en depressie zijn niet in hun onderzoek betrokken.

De importantie van goed onderzoek in verzorgingshuizen wordt nog eens onderstreept, als we ons realiseren dat 20% van de ouderen de laatste levensfase in het verzorgingshuis doorbrengt (Van der Zanden, 1982).

## **7.6 Samenvatting**

Verzorgingshuisbewoners worden niet alleen gekenmerkt door een zekere graad van lichamelijke en huishoudelijke hulpbehoevendheid. Reeds langer is bekend, dat een gedeelte van hen ook in psychisch en sociaal opzicht problemen heeft. Ons onderzoek is gericht op de registratie van de aard en de omvang van deze problematiek. Daartoe is een observatieschaal ontwikkeld, die iedere drie maanden naast de gebruikelijke registratie van de lichamelijke hulpbehoevendheid door de afdelingshoofden wordt ingevuld. De beschreven resultaten hebben betrekking op vier waarnemingen over een periode van twaalf maanden.

De meest voorkomende problemen zijn eenzaamheid en depressiviteit. Deze nemen in de loop van het onderzoeksjaar toe. In het algemeen is er sprake van toenemende hulpbehoevendheid, zowel in lichamelijk als ook in geestelijk en sociaal opzicht. De onderlinge samenhang tussen lichamelijke en psychosociale problematiek is relatief zwak. Uit de resultaten blijkt dat de taak van het verzorgingshuis niet alleen bestaat in huisvesting, voeding en verzorging van bewoners, maar in toenemende mate ook in de opvang van bewoners met niet-materiële problemen.

## 8. Gedragsbeoordeling over tweeënhalf jaar\*

In het vorige hoofdstuk hebben wij verslag gedaan van één jaar onderzoek in het verzorgingshuis 'Zorgvliet'. De resultaten daarvan hadden voornamelijk betrekking op bewoners die al langer in het verzorgingshuis verbleven en in het verleden op jongere leeftijd en in een relatief goede conditie waren opgenomen. Uit het onderzoek bleek dat de bewonersgroep als geheel in lichamelijk, sociaal en geestelijk opzicht achteruitging.

In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten over een periode van tweeënhalf jaar. Dit stelt ons in staat om eerder gesignaleerde trends in een breder perspectief te plaatsen. Bovendien kunnen nu de ontwikkelingen binnen enkele categorieën bewoners die in 'Zorgvliet' verblijven, worden besproken. In de eerste plaats is er de bewoner die in het verleden als betrekkelijk zelfstandig is opgenomen. Daarnaast hebben wij te maken met de nieuw-opgenomene en tenslotte met degene die aan de vooravond staat van overlijden of opname in een verpleeghuis. Deze categorieën hebben elk een eigen aandeel in de ontwikkelingen binnen de totale populatie. Welk dit aandeel is, en welke consequenties dit heeft voor het beleid, vormt een speciaal aandachtspunt van dit hoofdstuk.

Wij zijn ons ervan bewust dat wij een overgangssituatie beschrijven. De eerste door ons onderscheiden categorie maakt bij de start van het onderzoek (juni 1981) bijna 55% van de totale onderzoeksgroep op dat moment uit. Aan het einde van de periode die wij hier verslaan (september 1983), vormt deze categorie nog steeds 30% van de totale onderzoekspopulatie. Wij hebben dus enerzijds te maken met de effecten van vergrijzing van deze omvangrijke categorie, anderzijds met de effecten van het opnamebeleid van na 1 januari 1977.

### 8.1 Vraagstelling

In dit hoofdstuk gaan wij in op vier vragen. De eerste ligt in het verlengde van het vorige hoofdstuk: Zet de gemiddelde toename in lichamelijke hulpbehoefvendheid in psychosociale problematiek, zoals wij die van juni 1981 tot maart 1982 hebben gesignaleerd, zich voort in de daarop volgende anderhalf jaar? Omdat de samenstelling van de bewonersgroep als geheel niet dezelfde blijft, is hier sprake van momentopnamen en niet van 'verloopsvormen'. De momentopnamen geven een beeld van de veranderingen in het huis in zijn totaliteit over een periode van tweeënhalf jaar.

---

\* Oorspronkelijk verschenen als: CMS van Loveren-Huyben, RM Toonen en JA van der Bom. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (2). Gedragsbeoordeling over tweeënhalf jaar. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1985; 16: 135-140.

In de tweede plaats gaan wij na, welke veranderingen zich voordoen bij bewoners die gedurende de gehele periode van tweeënhalf jaar zijn gevolgd, het longitudinale verloop.

In de derde plaats bekijken wij bij alle nieuw-opgenomen bewoners gedurende één jaar na opname het verloop van de hulpbehoefte.

Bij de categorie bewoners die overlijden of overgeplaatst worden naar een verpleeghuis (zogenaamde 'uitval'), bepalen wij tenslotte het verloop van de problematiek gedurende het laatste verblijfsjaar. Omdat momenteel de leeftijd bij opname hoog ligt, is de kans klein dat iemand veel langer dan twee jaar in het verzorgingshuis verblijft. Het percentage bewoners dat binnen niet al te lange tijd uitvalt, zal daardoor nog sterk toenemen.

## **8.2 Methoden en onderzoeksgroep**

Sinds juni 1981 zijn de bewoners van 'Zorgvliet' iedere drie maanden beoordeeld met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS). Dit gebeurde door de afdelingshoofden samen met het hoofd verzorging.

De schaal bestaat uit 35 items. Hierbinnen zijn drie dimensies te onderscheiden, cognitie, stemming en sociaal contact. De psychometrische kenmerken van de schaal zijn in het vorige hoofdstuk beschreven. In het vervolg van het onderzoek zijn de betrouwbaarheid en validiteit nader onderzocht. De resultaten daarvan zijn in een handleiding verwerkt (Van Loveren-Huyben, Van der Bom, Bronts, 1988).

Invulling van de BPS geschiedt tegelijk met de driemaandelijke meerzorgregistratie. Onderdelen uit deze lijst hebben wij gebruikt voor de constructie van een ADLP-schaal. Momenteel beschikken wij over de gegevens van tien waarnemingen met behulp van deze twee schalen. Iedere waarneming op zich heeft betrekking op ongeveer 300 bewoners.

In juni 1981 is de gemiddelde leeftijd van de bewoners 83 jaar en 8 maanden (standaarddeviatie 5 jaar en 8 maanden) en in september 1983 84 jaar en 1 maand (standaarddeviatie 5 jaar en 10 maanden). Van de 295 bewoners met wie bij de eerste waarneming is gestart, zijn er bij de tiende waarneming nog 203 over. Deze zijn dan gemiddeld 85 jaar en 5 maanden oud en gemiddeld 8 jaar en 8 maanden opgenomen.

Tijdens de onderzoeksperiode zijn in totaal 99 nieuwe bewoners in 'Zorgvliet' opgenomen. Hun gemiddelde leeftijd bij opname bedraagt 81 jaar en 1 maand. In principe zouden wij 76 van hen gedurende één jaar kunnen volgen, omdat zij vóór december 1982 (waarneming 7) zijn opgenomen. Echter, veertien van hen overleden binnen één jaar, zodat wij van 62 bewoners over vier complete beoordelingen beschikken.

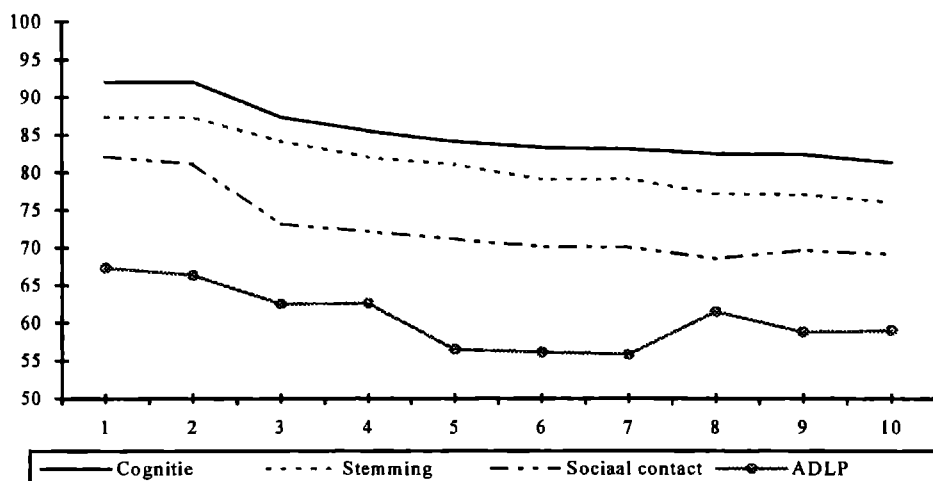


In de onderzoeksperiode vallen 110 personen uit: ruim drie kwart door overlijden, een kwart door overplaatsing naar een (psychogeriatrisch) verpleeghuis. Het aantal bewoners dat naar een ander verzorgingshuis of een aanleunwoning verhuist, is te verwaarlozen ( $n = 3$ ). De gemiddelde leeftijd bij uitval bedraagt 85 jaar en 2 maanden. Van de 110 uitvallers hebben wij er 86 gedurende de vier laatste waarnemingen vóór het moment van uitval kunnen volgen. Voor alle onderscheiden categorieën geldt dat meer dan twee derde vrouw is en ruim drie kwart weduwe of weduwnaar.

## 8.3 Resultaten

### 8.3.1 Cross-sectionele vergelijking

Figuur 5 toont de verandering van de gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP over de periode juni 1981 tot en met september 1983. Omwille van de vergelijkbaarheid zijn de scores uitgedrukt in percentages van de maximale score (optimale = 100).



Figuur 5. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score over 10 waarnemingen. Cross-sectioneel ( $n = 300$  per observatie).

Uit deze figuur blijkt dat het personeel zich in toenemende mate geconfronteerd ziet met lichamelijke, alsook met psychosociale problematiek. De lichamelijke

verzorgingsbehoefte neemt, zoals mag worden verwacht, de belangrijkste plaats in. Daarnaast signaleert het personeel een toename van problemen van cognitieve, affectieve en sociale aard. Het aantal bewoners dat volgens het personeel géén tekenen van geestelijke of sociale problematiek vertoont, neemt aanzienlijk af [Tabel 5]. De verschuivingen in de gemiddelde scores duiden op een achteruitgang van de gehele populatie. Bij de ADLP-score treedt na de zevende waarneming een verbetering op. Wij komen hierop terug bij de nabespreking.

**Tabel 5** Het percentage bewoners dat géén lichamelijke, cognitieve, affectieve of sociale problemen vertoont de cross-sectionele en de longitudinale groep (eerste en tiende waarneming), de nieuwe opnamen (eerste en vierde waarneming na opname) en de uitval (één jaar en laatste waarneming voor uitval)

	<i>ADLP</i>		<i>Cognitie</i>		<i>Stemming</i>		<i>Sociaal contact</i>	
	I	X	I	X	I	X	I	X
cross-sectioneel (n = 300)	13	7	52	26	45	26	42	21
longitudinaal (n = 203)	15	7	61	27	51	27	47	22
	-	-	-	-	-	-	-	-
	I <sup>1)</sup>	IV <sup>2)</sup>	I	IV	I	IV	I	IV
nieuwe opnamen (n = 62)	8	7	32	26	39	26	31	23
	-	-	-	-	-	-	-	-
	I <sup>3)</sup>	IV <sup>4)</sup>	I	IV	I	IV	I	IV
uitval (n = 86)	6	1	27	16	21	11	16	6

<sup>1)</sup> eerste waarneming na opname

<sup>2)</sup> vierde waarneming na opname

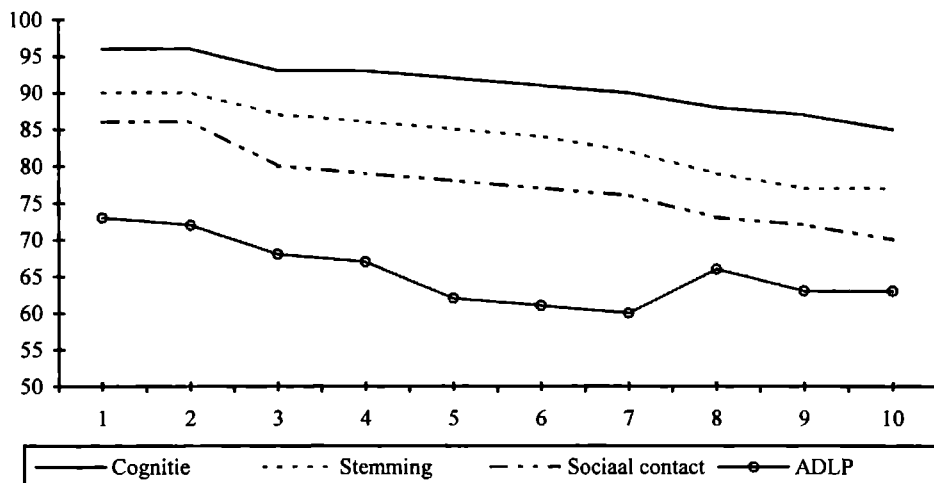
<sup>3)</sup> één jaar voor uitval

<sup>4)</sup> laatste waarneming voor uitval

### 8.3.2 Longitudinaal verloop

De groep van 203 bewoners die tien waarnemingen is gevolgd, kan men beschouwen als de stabiele kern uit de populatie die al langere tijd in het verzorgingshuis verblijft. Figuur 6 geeft het verloop van de gemiddelde scores van deze groep weer. De mate waarin het personeel bij deze groep problemen signaleert, komt sterk overeen met die van de totale onderzoeksgroep. De achteruitgang binnen de longitudinale groep is echter sterker. Bij de eerste waarneming doen zich op alle vier dimensies minder problemen voor, maar tweeënhalf jaar later blijken er duidelijk meer problemen aanwezig dan in de totale onderzoeksgroep. De daling die zich bij de laatste waarnemingen voordoet, wordt

voor een belangrijk deel verklaard door diegenen die bij de elfde waarneming uitvallen. Houden wij deze uitvallers buiten de analyses, dan zijn de curven van de longitudinale groep nagenoeg gelijk aan die van de cross-sectionele. Ook in de longitudinale groep neemt het aantal bewoners dat volgens het personeel geen tekenen van geestelijke of sociale problematiek vertoont, af [Tabel 5].



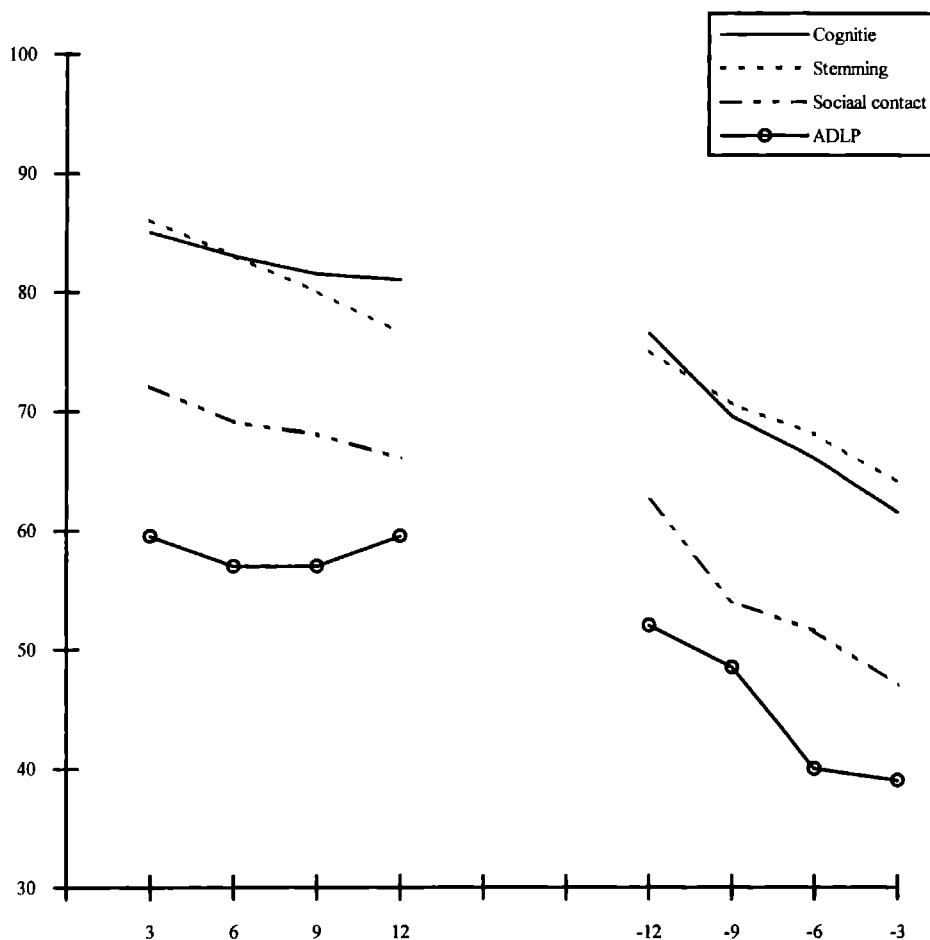
Figuur 6. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score over 10 waarnemingen. Longitudinaal (n = 203).

In vergelijking met de totale groep zijn er in deze groep aanvankelijk meer mensen die geen problemen vertonen. Bij de tiende waarneming liggen de percentages nagenoeg op gelijke hoogte. Ook uit deze resultaten blijkt dat de ontwikkeling in deze periode wordt gekenmerkt door een voortgaande geleidelijke achteruitgang.

### 8.3.3 *Verloop bij nieuw-opgenomen bewoners*

Figuur 7 geeft het verloop weer van de lichamelijke hulpbehoevendheid en de geestelijke en sociale problematiek van de nieuw-opgenomen bewoners tijdens hun eerste verblijfsjaar. Ook bij deze groep zien wij een continue achteruitgang op de dimensies cognitie, stemming en sociaal contact. Het niveau van de lichamelijke hulpbehoevendheid fluctueert tijdens het eerste

verblijfsjaar: aanvankelijk treedt een toename op, maar daarna een herstel. Hierop komen wij in de discussie [Paragraaf 8.4] nog terug.



Figuur 7. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score; 3, 6, 9 en 12 maanden na opname. Nieuwe opnamen (n = 62).

Figuur 8. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score; 12, 9, 6 en 3 maanden vóór uitval (n = 86).

Wanneer wij de curven van cognitie, stemming en sociaal contact van de nieuw opgenomen bewoners [Figuur 7] vergelijken met die van de longitudinale groep [Figuur 6], dan zien wij het volgende. De omvang van de gesignaleerde problematiek van de eerstgenoemde categorie is dus vanaf het begin reeds groter dan die van de laatstgenoemde. Uit Tabel 5 blijkt dat van alle nieuw-opgenomenen bij binnenkomst slechts een gering percentage in staat is hun ADL-activiteiten zelfstandig te verrichten. Bovendien signaleert het personeel op de factoren cognitie en sociaal contact bij slechts een derde géén problemen. Deze percentages nemen in de loop van het eerste verblijfsjaar duidelijk af. Bij stemming neemt het personeel aanvankelijk bij 39% géén problemen waar, na een jaar bij 26%.

Overigens hebben deze gegevens betrekking op de 62 bewoners die één jaar na hun opname zijn te volgen, hetgeen een onderschatting van de werkelijke problematiek oplevert. De gegevens van de genoemde veertien bewoners die binnen één jaar uitvallen, zijn niet meegenomen.

### 8.3.4 Verloop in het laatste verblijfsjaar

In Figuur 8 zien wij, hoe de gemiddelde scores van de uitvallers zich gedurende het laatste verblijfsjaar ontwikkelen. In vergelijking met de nieuw-opgenomenen [Figuur 7] en de longitudinaal gevolgde groep [Figuur 6] liggen de scores laag en is de achteruitgang erg geprononceerd. De lichamelijke hulpbehoevendheid is het grootst, maar de cognitieve problematiek en de problemen met sociaal contact nemen het sterkst toe. Ook Tabel 5 laat deze snelle achteruitgang zien. Uit Tabel 6 blijkt dat er weinig verschil bestaat in psychosociale problematiek tussen bewoners die overlijden en die naar een (psychogeriatrisch) verpleeghuis gaan.

Tabel 6. Gemiddelde scores (in percentages van de maximale score) op cognitie, stemming en sociaal contact bij de laatste waarneming vóór uitval, opgesplitst naar overlijdens en overplaatsingen naar het verpleeghuis.

	<i>overlijdens</i> ( <i>n</i> = 85) $\bar{x}$	<i>overplaatsingen</i> ( <i>n</i> = 36) $\bar{x}$
cognitie	60,9	51,4
stemming	56,1	67,1
sociaal contact	53,3	47,0

### **8.3.5      *Samenhang tussen de vier dimensies***

Uit correlatieberekeningen over alle vier dimensies (Pearson product-moment correlaties) blijkt de samenhang tussen cognitie en sociaal contact het sterkst te zijn. Bij de tiende waarneming ligt hij op 0.67 voor de gehele verzorgingshuispopulatie. Deze correlatie is te vergelijken met die van de tiende waarneming van de longitudinale groep ( $r = 0.68$ ) en met die van de nieuw-opgenomenen tijdens hun eerste waarneming ( $r = 0.66$ ). Bij de 'uitval' ligt hij het hoogst:  $r = 0.74$  bij de laatste waarneming.

Waarschijnlijk is het gebrek aan sociale contacten van invloed op het cognitief functioneren. Op hun beurt versterken de cognitieve problemen wellicht de (bestaande) contactarmoede.

## **8.4          *Discussie en conclusies***

De trend die wij in het vorige hoofdstuk hebben gesignaleerd, blijkt zich voort te zetten. Zowel de lichamelijke hulpbehoefendheid als de psychische en sociale problematiek blijven stijgen. Dit geldt voor de gehele verzorgingshuispopulatie per waarneming, alsook voor de bewoners die vanaf het begin zijn gevolgd.

Verder schat het personeel de problematiek onder de nieuw-opgenomenen vrij ernstig in en is bij deze groep bovendien sprake van een snelle toename. Bij de uitval blijkt het personeel de meeste problemen te signaleren. In vergelijking met de longitudinale groep en de groep nieuwe opnamen zien wij dat de problemen hier het sterkst toenemen. In het verleden werd de (tijdelijke) toename van de zorg voor deze categorie 'gecompenseerd' door de binnenkomst van relatief gezonde en jonge bewoners. Dit resulteerde in een min of meer evenwichtige situatie. Dit evenwicht wordt nu doorbroken door de hogere leeftijd en grotere hulpbehoefendheid van nieuwe bewoners.

Gezien het feit dat er weinig verschil bestaat in psychosociale problematiek tussen bewoners die overlijden en zij die naar het (psychogeriatrisch) verpleeghuis gaan [zie Tabel 6], kan men zich afvragen of de problematiek die het personeel signaleert, niet een normaal onderdeel vormt van het terminale proces. In de literatuur van de afgelopen twintig jaar wordt regelmatig aandacht besteed aan deze vraagstelling (Lieberman, 1965 en 1971; Brody, Kleban, Lawton, Levy en Waldow, 1972; Wilkie en Eisdorfer, 1974; Palmore en Cleveland, 1976; Botwinick, West en Storandt, 1978; Donaldson, 1984; Fooker, 1984; Schmitz-Scherzer, 1984). In het vervolg van ons onderzoek gaan wij nader in op deze thematiek [zie verderop Hoofdstuk 11].

Men kan zich ook afvragen of bewoners die zich in hun laatste levensfase bevinden, nog overgeplaatst moeten worden naar het verpleeghuis of dat juist ook hier het verzorgingshuis een belangrijke taak heeft.

Een heel ander punt dat de aandacht vraagt, is de verbetering in de ADLP-scores tussen de zevende en achtste waarneming (december 1982 - maart 1983). Deze volgt op de publicatie van een ministeriële beschikking inzake de personeelsformatie in verzorgingshuizen (CCB, 1982). Daarin wordt duidelijk gemaakt dat niet langer alle aanvragen voor meer personeel (ten volle) worden gehonoreerd. Hierdoor is men meer geneigd te kijken naar wat men daadwerkelijk aan hulp biedt, dan naar wat wenselijk wordt geacht. Wij vragen ons dan ook af, of het hier niet om een schijnbare verbetering gaat. De fluctuaties die wij binnen de categorie nieuwe opnamen op ADLP hebben gezien, zijn gedeeltelijk verklaarbaar uit genoemde beschikking. Ongeveer een kwart van de nieuwe bewoners is namelijk kort voor deze wijziging opgenomen.

In het voorgaande hoofdstuk hebben wij de mogelijkheid geopperd dat de grote toename in geestelijke en sociale problematiek tussen de tweede (september 1981) en de derde waarneming (december 1981) verklaard kan worden uit seizoensinvloeden. Een vergelijking met het verloop tussen de zesde en zevende waarneming (september - december 1982) toont aan dat deze invloeden niet bepalend zijn. Mogelijk houdt de achteruitgang meer verband met gewenning aan het meetinstrument en begeleiding door deskundigen.

Een van de belangrijkste conclusies van ons onderzoek is de grote geestelijke en sociale problematiek in het verzorgingshuis [zie Tabel 5]: deze instelling heeft ons inziens daarom niet alleen tot taak lichamelijk hulpbehoevende ouderen op te vangen, maar vooral ouderen die zowel op lichamelijk als psychosociaal gebied hulp behoeven.

Tenslotte blijkt ook dat het effect van het opnamebeleid op de toegenomen problematiek groter is dan het effect van vergrijzing van de bewoners die al langere tijd in het verzorgingshuis wonen. Een en ander dient zijn weerslag te hebben op het beleid en de organisatiestructuur van het verzorgingshuis.

## **8.5 Implicaties voor beleid**

Gezien de nauwe samenhang tussen cognitie en sociaal contact, en uit het oogpunt van praktische haalbaarheid lijkt ons het bevorderen van sociale contacten binnen het verzorgingshuis de meest aangewezen manier om aan genoemde problemen het hoofd te bieden. In 'Zorgvliet' heeft men dit als volgt vorm gegeven. In de eerste plaats zijn de bestaande afdelingen opgedeeld in kleinere eenheden. Bovendien is het personeel meer bewonersgericht gaan werken. Dit houdt in dat ieder personeelslid de verantwoordelijkheid voor een beperkt aantal bewoners heeft. De totale verzorging en begeleiding van elk van die bewoners berust dus bij één personeelslid. Deze bepaalt zoveel mogelijk in overleg met de bewoner wat deze aan begeleiding en verzorging nodig heeft. Onze eerste indruk over de effecten van deze nieuwe aanpak is gunstig. In het volgende hoofdstuk zullen wij deze uitgebreid analyseren.

Een geheel andere aanpak zien wij in een tweede verzorgingshuis. Hier is -aanvankelijk los van het door ons verrichte onderzoek- een opvangmogelijkheid gecreëerd voor bewoners met ernstige cognitieve stoornissen. Deze opvang is gericht op bevordering van sociale contacten. Ook hier werkten men, zij het intuïtief, vanuit het vermoeden dat er een samenhang bestaat tussen sociaal contact en cognitief functioneren. Op uitnodiging van de directie hebben wij ook hier de BPS geïntroduceerd. Hierdoor werd het mogelijk het totale experiment te evalueren. Onze eerste indruk is dat deze vorm van opvang een stabiliserend effect heeft op de ontwikkeling van de psychosociale problematiek. Dit geldt zowel voor de bewoners die daar gebruik van maken, als voor de bewonerspopulatie in haar geheel. Ook in het buitenland is het belang van sociale stimulering aangetoond (Arnetz, 1983).

Een eerste bezwaar dat tegen de idee van contactbevordering gemaakt zal worden vanuit de praktijk, is de arbeidsintensiviteit. Nu reeds heeft het personeel weinig of geen tijd voor de individuele bewoner. Dit tijdgebrek zou, gezien de gesignaleerde en de te verwachten ontwikkelingen, alleen nog maar toenemen. Echter, Baltes toonde aan dat het personeel in een Amerikaans verzorgingshuis slechts 32% van zijn tijd aan bewoners besteedt (Baltes, Barton, Orzech en Lago, 1983). De helft daarvan heeft betrekking op daadwerkelijke lichamelijke en huishoudelijke verzorging. Men kan hieruit concluderen dat een efficiënter tijdbeheer de noodzakelijke tijd kan vrijmaken.

In de tweede plaats zou men kunnen inbrengen dat het huidige personeel niet toegerust is voor deze taak. Daarom willen wij nogmaals het belang van bijscholing benadrukken. Gezien de geheel eigen karakteristieken van iedere organisatie, bevelen wij scholing ter plekke aan. Gelet ook op de aard van de geschetste problematiek, is het aanbevelingswaardig hiervoor gerontologisch geschoolde gedragswetenschappers in te schakelen (Ringoir, 1983).

Tenslotte willen wij opmerken dat wij het niet eens zijn met de stelling, dat een 'groot aantal verzorgingshuisbewoners *psychogeriatrische* problematiek heeft' (Engelen, 1985a en 1985b). Wij wijzen er met nadruk op dat onze probleemstelling meer genuanceerd is. Zelfs de groep bewoners die overgeplaatst wordt naar een psychogeriatrisch verpleeghuis of overlijdt, is bij de waarneming daaraan voorafgaand voor het merendeel niet (ernstig) verward, 's nachts niet onrustig, niet (ernstig) gedesoriënteerd in tijd en plaats: kenmerken die een belangrijke rol spelen bij de indicatiestelling van 'psychogeriatrische problematiek'. Voorlopig willen wij alleen concluderen dat verzorgingshuisbewoners steeds meer de kenmerken vertonen die behoren bij de hoge ouderdom. Zij zijn de 'frail elderly', oude mensen in een kwetsbaar wankel evenwicht. Deze situa-



tie vraagt om een aanpassing van de organisatie en de werkwijze aan de condities van de ouderdom.

## **8.6 Samenvatting**

De toename gedurende één jaar van lichamelijke hulpbehoevendheid en psychosociale problematiek in een groot verzorgingshuis, die wij in Hoofdstuk 7 beschreven, blijkt zich in de anderhalf jaar daarna voort te zetten. Dit geldt zowel voor de verzorgingshuispopulatie in haar totaliteit als voor bewoners die vanaf het begin van het onderzoek zijn gevolgd. Nieuw-opgenomenen vertonen bij binnenkomst reeds vrij ernstige problemen, die bovendien snel toenemen. De meest kwetsbare categorie bestaat uit bewoners die binnen korte tijd overlijden of naar het verpleeghuis gaan. In het verleden werd de tijdelijke toename van zorg voor hen gecompenseerd door de binnenkomst van een relatief gezonde en jonge lichte. Dit evenwicht wordt nu doorbroken door de hogere leeftijd en grotere hulpbehoevendheid van de nieuwkomers.

In ons onderzoek vinden wij geen noemenswaardige verschillen in psychosociaal opzicht tussen overledenen en overgeplaatsten naar een verpleeghuis. Men kan zich daarom afvragen of bewoners in hun laatste levensfase nog overgeplaatst moeten worden naar het verpleeghuis of dat juist ook hier het verzorgingshuis een belangrijke taak heeft. Aangezien contactarmoede vrij sterk samenhangt met het ontstaan van andere problemen, zien wij hier een aangrijpingspunt voor mogelijke interventies. Twee vormen van interventie worden besproken. Onze eerste indruk van het effect hiervan is positief.



## **9. Het effect van organisatieveranderingen\***

### **9.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk vormt het derde in de reeks over de lichamelijke en psychosociale problematiek van de bewoners van het verzorgingshuis 'Zorgvliet'. In de vorige hoofdstukken hebben wij laten zien dat zowel de lichamelijke hulpbehoefte als de psychosociale problemen van de bewoners in het verzorgingshuis in de tweeënhalve jaar van ons onderzoek waren toegenomen. De problemen ontstonden vooral bij diegenen die reeds geruime tijd in het verzorgingshuis woonden en indertijd op relatief jonge leeftijd waren opgenomen. Een aantal van deze mensen ging achteruit. Eventueel brachten zij een periode door op de ziekenafdeling of in het ziekenhuis, waarna zij overleden. Bij de recent opgenomen bewoners zagen wij dit proces al vrij snel na opname optreden. Zij hadden de laatste periode van vitaliteit nog thuis doorgebracht. Hun conditie bij opname was vergelijkbaar met die van de langverblijvenden in de laatste levensfase. Zowel de vergrijzing van het aanwezige bewonersbestand alsook de hogere leeftijd van de nieuwe bewoners maakten de totale populatie zeer kwetsbaar.

### **9.2 Probleemstelling**

De vraag kan gesteld worden of de gesignaleerde achteruitgang op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied een autonoom of een beïnvloedbaar proces is. Op grond van de literatuur hebben wij sterke aanwijzingen voor het laatste. Sinds het begin van de jaren zeventig groeit steeds meer de overtuiging dat het proces van ouder worden niet uitsluitend wordt gekenmerkt door verval ('deficit'; Hoyer, Labouvie en Baltes, 1973; Labouvie-Vief en Gonda, 1976; Labouvie-Vief, 1977; Baltes en Willis, 1983). Steeds duidelijker wordt dat ook de omgeving waarin mensen wonen, grote invloed heeft op hun gedrag (Lawton en Nahemow, 1973; Carp, 1976; Lawton, 1977 en 1980; Kasl en Rosenfield, 1980; Parr, 1980; Windley en Scheidt, 1980). Dit geldt met name voor instituten, waaronder verzorgingshuizen.

Herhaaldelijk wordt erop gewezen dat wonen in een instituut afhankelijkheid en hulpeloosheid van de bewoners in de hand werkt (MacDonald en Butler, 1974; Seligman, 1975). Volgens Spauwen-Micka (1975) hangt dit samen met het feit dat in de meeste verzorgingshuizen een tendens naar een 'total institution' valt

---

\* Oorspronkelijk verschenen als: CMS van Loveren-Huyben en JA van der Bom. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). Het effect van organisatieveranderingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1988; 19: 201-210.

te constateren, waarin activiteiten volgens een vast schema plaatsvinden en er weinig rekening wordt gehouden met de wensen en behoeften van de bewoners (vergelijk Goffman 1977). Bovendien wordt voor de bewoners vrijwel alles binnen het huis geregeld.

Arnetz (1983) noemt de situatie in het verzorgingshuis er een van onderstimulatie. Een begrip dat onder andere ook door Gillick, Serrell en Gillick (1982) wordt gehanteerd. Volgens Labouvie-Vief (1977) worden alle gedragingen die aan competentie zijn gerelateerd, actief ontmoedigd. Bij Posner (1975) zien wij een vergelijkbare opvatting. Hij beweert dat verzorgingshuizen zijn gericht op de minst competente mensen. Zij die hulp nodig hebben komen het eerst aan bod en krijgen de meeste aandacht.

Na opname in een instituut doen bewoners ook die dingen niet meer die zij eigenlijk nog wel kunnen (Maxwell, 1975). Dit gaat gepaard met een gevoel van incompetentie, dat door het optreden van het personeel nog eens wordt versterkt (Arnetz, 1983; Kuypers en Bengtson, 1973). Arnetz (1983) beweert zelfs dat bewoners op den duur ook werkelijk incompetent worden. Deze visie sluit aan bij de 'disuse'-hypothese van Lawton (1973): vaardigheden die niet gebruikt worden, gaan verloren.

Volgens Langer (1979) schatten bewoners hun eigen competentie te laag in. Zij spreekt dan ook van 'the illusion of incompetence'. Deze inschatting heeft wel tot gevolg dat men ook de controle over de situatie verliest, omdat men denkt niet over de vaardigheden te beschikken om op een adequate manier met de situatie om te gaan. Nu hangt het al dan niet controle hebben over de situatie volgens Weisz en Stipek (1982) niet alleen af van iemands persoonlijke competentie, maar ook van de contingentie of vrijvertaald de beïnvloedbaarheid van de omgeving. Contingentie definieert hij als een causale relatie tussen gedrag en het effect dat men ervan ervaart. Volgens Weisz (1983) betekent verhuizing naar een instituut een extreem afnemende contingentie. Het gedrag van de bewoners is namelijk niet bepalend voor wat er in het huis gebeurt. De 'regels' zijn door het instituut opgelegd. Hierbij valt te denken aan de wekelijkse badbeurt en aan de wekelijkse schoonmaak van de kamer, maar ook aan het tijdstip en de manier van de dagelijkse lichaamsverzorging.

Samenvattend kunnen wij zeggen dat er in principe twee manieren zijn om het proces van achteruitgang te beïnvloeden. Namelijk de competentie van de bewoners zelf bevorderen of de beïnvloedbaarheid van de omgeving vergroten. Uit het voorafgaande kunnen wij tevens afleiden dat het gedrag dat verzorgingshuisbewoners vertonen, veelal in geen reële verhouding staat tot wat zij kunnen. Wanneer bewoners geen afhankelijk gedrag meer hoeven te vertonen en zij door een toegenomen contingentie meer greep krijgen op de situatie,

zullen hun lichamelijke hulpbehoefendheid en psychosociale problemen afnemen, en zullen zij in hun gedrag een groter deel van hun competentie realiseren. In een aantal experimenten is aangetoond dat de toename van controle een gunstig effect had op de levenssatisfactie van ouderen (Schulz, 1976; Langer en Rodin, 1976; Schulz en Hanusa, 1979). In de laatstgenoemde studie was zelfs sprake van een verbetering van het cognitief functioneren.

### **9.3 Organisatorische maatregelen**

De directie van 'Zorgvliet' heeft ons om advies gevraagd over mogelijkheden tot beïnvloeding van het proces van achteruitgang. Bij onze advisering hebben wij ons gebaseerd op de aanwijzingen uit de literatuur. Ons uitgangspunt was dat bewoners zelf greep krijgen op de situatie, en dat zij zoveel mogelijk worden gestimuleerd zelf die dingen te doen waartoe zij nog in staat zijn.

In 'Zorgvliet' werden twee maatregelen uitgevoerd om ervoor te zorgen dat de organisatie en de werkwijze van het personeel voldeden aan de bovengenoemde condities (Van Loveren-Huyben, Toonen, Van der Bom, Deeg en Schrijnemakers, 1988). Omdat het gebrek aan sociaal contact in het huis door ons als het grootste probleem werd gesignaleerd [zie Hoofdstuk 7 en 8], werden de maatregelen primair daarop gericht.

De eerste maatregel betrof schaalverkleining en verandering van 'taakgericht' naar 'bewonersgericht' werken. De drie bestaande afdelingen die elk ongeveer 100 bewoners bevatten, werden opgesplitst in eenheden van 45 à 50 bewoners. Elke nieuwe afdeling kreeg een vast team van medewerkers. Aan het hoofd kwam een teamleider te staan met als taak het verzorgend personeel te begeleiden en te ondersteunen. De personeelsleden gingen niet langer 'taakgericht' (ieder personeelslid voert een deeltaak uit), maar 'bewonersgericht' (ieder personeelslid voert de totale verzorging bij een bewoner uit) werken. Bewoners kregen niet langer het standaardpakket verzorging aangeboden, maar er werd in onderling overleg met de bewoner afgesproken welke zorg hij/zij op een bepaald moment nodig zou hebben. Hierdoor zouden de bewoners meer greep op hun eigen leven krijgen en zouden ze gestimuleerd worden om na te denken en om meer dingen zelf te doen. Iedere medewerker kreeg binnen deze opzet de verantwoordelijkheid voor een beperkt aantal bewoners. Hierdoor zou de situatie voor de bewoners overzichtelijker worden. Zij kregen te maken met een beperkte groep personeelsleden, zodat het voor hen minder moeilijk zou zijn namen en gezichten te onthouden. Bovendien zouden zij weten welk personeelslid zij zouden kunnen aanspreken op zijn/haar verantwoordelijkheden.

De tweede maatregel betrof het inrichten van centraal op de afdelingen gelegen 'huiskamers'. Deze kregen als functie bewoners ook buiten de dagelijkse koffieuurtjes in staat te stellen elkaar te ontmoeten. Hiermee zou men voorkomen dat bewoners met een verminderde mobiliteit, gehoorproblemen of geheugen- en oriëntatieproblemen, die doorgaans niet in de gelegenheid zijn gebruik te maken van door het verzorgingshuis centraal georganiseerde bijeenkomsten, op hun kamer bleven. Alle functies die direct met wonen en zorgverlening te maken hebben, zouden zo op de afdeling worden geïntegreerd.

De effecten van deze maatregelen op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de bewoners zullen wij in het vervolg van dit hoofdstuk bespreken.

#### **9.4 Methoden en onderzoeksgroepen**

De gehanteerde methoden -Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) en Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen Personeel (ADLP)- zijn in het voorafgaande beschreven. De BPS is een gedragsobservatieschaal die een beeld geeft van het cognitief, affectief en sociaal functioneren van verzorgingshuisbewoners (Van Loveren-Huyben e.a., 1988). De ADLP-schaal geeft inzicht in hun lichamelijke hulpbehoefte.

Op het hier beschreven moment hebben wij de beschikking over de gegevens van achttien waarnemingen (van juni 1981 tot en met september 1985; Van Loveren-Huyben e.a., 1988). Iedere waarneming op zich heeft betrekking op ongeveer 300 bewoners. Tussen de elfde en twaalfde waarneming zijn de schaalverkleining en de verandering naar bewonersgericht werken doorgevoerd. In het vervolg noemen wij dit de organisatieveranderingen. Tussen XV en XVI zijn de meeste huiskamers gerealiseerd.

In de eerste plaats gaan wij na of de organisatieveranderingen invloed hadden op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de totale populatie van het huis (cross-sectionele analyses).

In de tweede plaats onderzoeken wij de effecten op het functioneren van de 'longitudinale' groep. Deze bestaat uit die bewoners die vanaf het begin aan het onderzoek meededen en wordt dus per waarneming kleiner. Bij de achttiende waarneming omvatte deze groep 141 bewoners. In vergelijking met het totale bewonersbestand waren deze bewoners aan het einde van de onderzoeksperiode vrij oud [Tabel 7]. Evenals bij de totale populatie waren de meesten bij XVIII tussen de 85 en 89 jaar oud, maar bijna een derde van de longitudinale groep was toen 90 jaar of ouder.

Tabel 7. Gemiddelde leeftijd en standaarddeviatie van het totale bewonersbestand en de longitudinale groep (juni 1981 en september 1985), van de nieuwe opnamen (eerste waarneming na opname) en van de uitval (laatste waarneming vóór uitval).

	<i>Eerste waarneming</i>		<i>Laatste waarneming</i>	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
Totale bewonersbestand (n = 300)	83.7	5.7	84.5	6.2
Longitudinale groep (n = 141)	82.8	5.6	87.3	5.6
Nieuwe opnamen (n = 198)	80.9	6.0		
Uitval (n = 207)			85.5	6.0

In de derde plaats bepalen wij of de organisatorische maatregelen effect hadden op het lichamenlijk en psychosociaal functioneren van nieuwe bewoners. Tijdens de onderzoeksperiode zijn er 198 nieuwe bewoners in 'Zorgvliet' opgenomen. Van 184 van hen zijn zowel BPS- als ADLP-gegevens beschikbaar van de eerste periode van drie maanden na opname. Van 106 van hen beschikken wij over de gegevens van vier waarnemingen gedurende het eerste jaar in het verzorgingshuis: 69 van hen zijn vóór de organisatieveranderingen opgenomen, 37 erna. Deze groepen vergelijken wij met elkaar.

In de vierde plaats gaan wij na wat de effecten van de doorgevoerde veranderingen waren op de groep die uitviel (n = 207) als gevolg van overlijden of overplaatsing naar een verpleeghuis. Van 203 bewoners beschikken wij over de complete gegevens tijdens de laatste waarneming vóór uitval; 123 bewoners zijn het hele laatste jaar vóór uitval gevolgd.

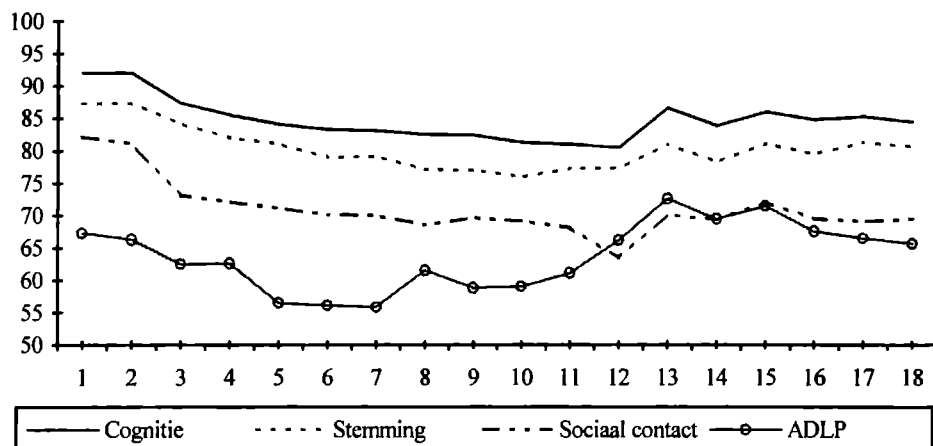
Tenslotte onderzoeken wij of het personeel na de organisatorische veranderingen in staat was een meer gedifferentieerd beeld te geven van het gedrag van de bewoners. Hiervoor bepalen wij de samenhang tussen de factoren cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP.

## 9.5 Resultaten

### 9.5.1 *Cross-sectionele vergelijking*

Figuur 9 laat de achttien opeenvolgende momentopnamen zien van het lichamenlijk en psychosociaal functioneren van de bewoners van 'Zorgvliet'. Omwille van de vergelijkbaarheid zijn de scores uitgedrukt in percentages van de maximale score (optimale = 100). Uit deze figuur blijkt dat de lichamenlijke hulpbehoefendheid na waarneming XI, direct na de organisatorische verande-

ringen, een sterke verbetering vertoont. Tevens wordt duidelijk dat de eerder door ons gesignaleerde achteruitgang in psychisch en sociaal functioneren na waarneming XII, drie maanden na de organisatorische veranderingen, tot staan is gebracht. Het inrichten van de huiskamers tussen waarneming XV en XVI blijkt op zich genomen geen noemenswaardig effect te sorteren op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de bewoners.



Figuur 9. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Hele verzorgingshuispopulatie van 'Zorgvliet' (n = 300) bij achttien waarnemingen (juni 1981 - september 1985).

Vergelijken wij het begin van het onderzoek (juni 1981) met het einde (september 1985), dan zien wij dat de mate van lichamelijke hulpbehoevendheid vergelijkbaar is. Na de verbetering bij waarneming XI neemt vanaf XV de lichamelijke hulpbehoevendheid weer enigszins toe. Met name het percentage dat zeer hulpbehoevend is, stijgt (van 5 tot 12%). De positieve ontwikkeling van de ADLP blijkt met name uit het feit dat aan het einde van het onderzoek meer bewoners zich zelfstandig aan- en uitkleden en zelf hun kamer opruimen. Aan de andere kant hebben meer bewoners hulp nodig bij de toiletgang en krijgen er meer hun medicijnen verstrekt.

De psychosociale problematiek is in de loop van het onderzoek in lichte mate toegenomen. Bij XVIII functioneren de bewoners van 'Zorgvliet' echter op een beter niveau dan twee jaar eerder (bij X). Het percentage bewoners dat géén



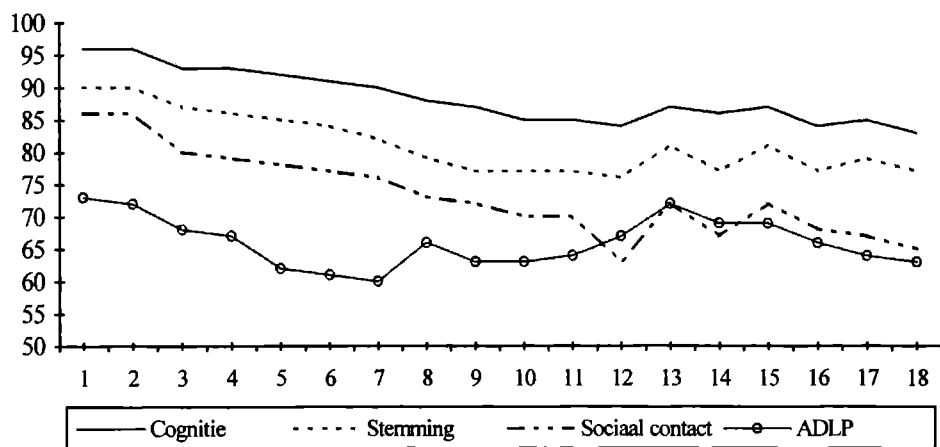
problemen vertoont, heeft in 1985 een evenwicht bereikt. Voor cognitie, stemming en sociaal contact liggen deze respectievelijk rond de 30-35, 25-33 en 25-30%. Ook het percentage bewoners dat veel problemen vertoont, blijft nagenoeg constant: 2-4% voor cognitie en stemming, 5-10% voor sociaal contact.

In de loop van ons onderzoek neemt met name de achterdocht onder de bewoners af en zijn zij beter bereid tot het verlenen van medewerking. Daarnaast zien wij dat meer bewoners geïrriteerd reageren en klagen. Bovendien hebben er meer aanmoediging nodig om aan activiteiten deel te nemen en worden er meer als neerslachtig beoordeeld. Bij dit laatste gaat het om 60% van de bewoners. Eenzelfde percentage zien wij bij eenzaamheid. Geheugenproblemen en verwardheid nemen niet toe in de loop van het onderzoek.

De leeftijd van de bewoners heeft nauwelijks voorspellende waarde voor hun lichamelijk en psychosociaal functioneren. Wel is het zo dat de alleroudsten (90-plussers) het slechtst functioneren. Tussen de andere leeftijdsgroepen is geen duidelijke trend aan te geven. Na de organisatieveranderingen functioneren alle leeftijdsgroepen beter dan kort ervoor.

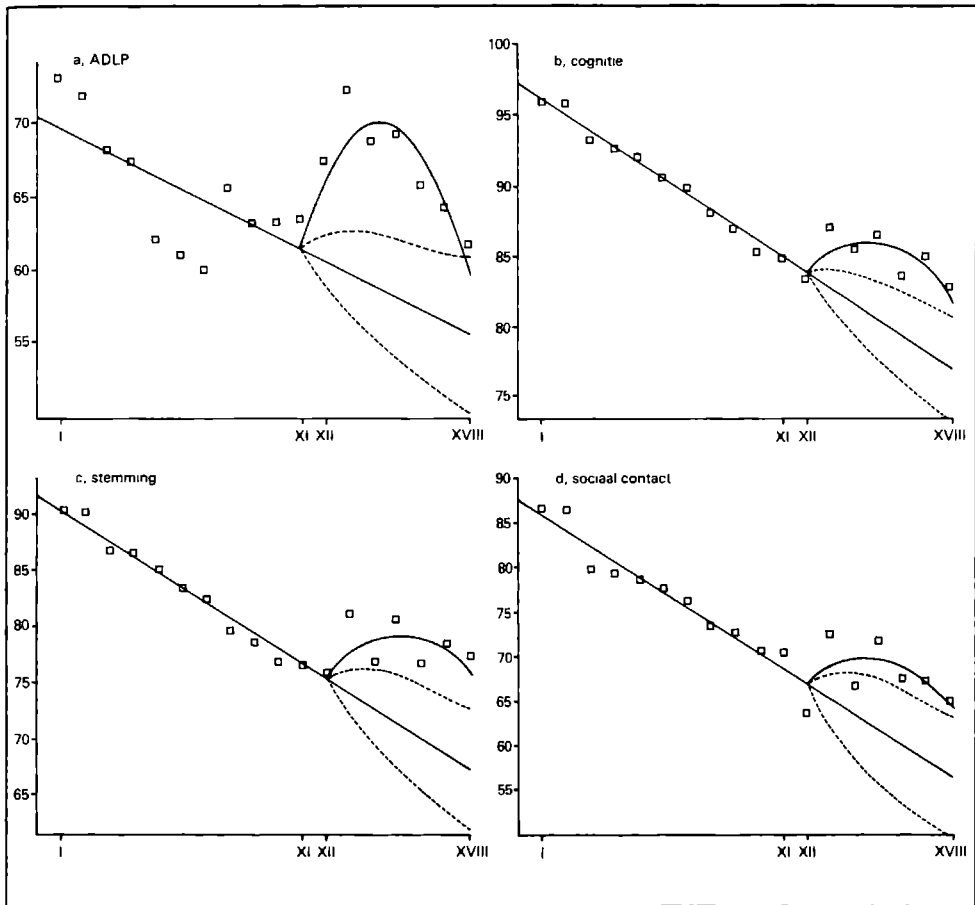
### 9.5.2 Longitudinaal verloop

Figuur 10 geeft het verloop weer van de gemiddelde scores op ADLP, cognitie, stemming en sociaal contact van de 141 bewoners die vanaf het begin bij het onderzoek betrokken zijn en achttien keer zijn beoordeeld.



Figuur 10. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Longitudinale groep van 'Zorgvliet' (n = 141) bij achttien waarnemingen (juni 1981 - september 1985).

Ook bij deze groep zien wij dat na de organisatieveranderingen de neergaande lijn is doorbroken. Met behulp van tijdreeksanalyse hebben wij getoetst of er na XI sprake was van een significante verbetering (Van Loveren-Huyben e.a., 1988).



Figuur 11. Tijdreeksanalyse van waarneming I tot en met waarneming XVIII op ADLP (a), cognitie (b), stemming (c) en sociaal contact (d). Longitudinale groep (n = 141).

In Figuur 11 is voor alle vier factoren op basis van de gemiddelde scores tot en met waarneming XI een pre-interventiecurve getekend. Deze laat in alle gevallen een achteruitgang zien. Als deze achteruitgang zich zou voortzetten in de periode erna, dan zou de lijn binnen het betrouwbaarheidsinterval ( $p < 0.05$ ) liggen, dat wordt aangegeven door de stippellijnen (-----). Op basis van de

gemiddelde scores vanaf waarneming XII is de werkelijke postinterventiecurve getekend.

De lichamelijke hulpbehoevendheid (ADLP) verminderde significant na de organisatorische maatregelen. Echter, deze verbetering werd gevolgd door een nieuwe achteruitgang. Bij waarneming XVIII is het niveau van de lichamelijke hulpbehoevendheid nog steeds beter dan wanneer er niets zou zijn gebeurd. Op cognitie, stemming en sociaal contact is er sprake van een significante verbetering die tot het einde van de onderzoeksperiode stand houdt. De veranderingen doen zich op deze factoren voor tussen waarneming XII en XIII. Het psychosociaal functioneren van de bewoners reageert dus trager op de organisatorische maatregelen dan de lichamelijke hulpbehoevendheid. Ondanks de tijdelijke opleving op lichamelijk gebied na de organisatorische maatregelen, kunnen wij spreken van een achteruitgang over de gehele onderzoeksperiode. Maar deze is niet significant (getoetst met behulp van tijdreeksanalyse; Oud, Reelick en Raaijmakers, 1986). Uit de gegevens blijkt dat er steeds meer bewoners zijn die zeer veel hulp nodig te hebben bij hun ADL (bij I 1% en bij XVIII 13%). De toenemende mobiliteitsbeperkingen spelen hierbij een grote rol. Het aantal bewoners dat geen hulp nodig heeft, is bij waarneming XVIII even groot als bij X.

Voor het psychosociaal functioneren is de achteruitgang wel significant. Opvallend is dat ook voor cognitie, stemming en sociaal contact geldt dat het aantal bewoners zonder problemen bij XVIII even groot is als bij X. De gemiddelde score is in die laatste tweeënhalf jaar niet noemenswaardig veranderd. De achteruitgang waarvan sprake is, heeft in de eerste periode van het onderzoek plaatsgevonden. Wij zien met name verschuivingen op de items 1 (geïrriteerd en mopperig), 26 (aanmoediging nodig) en 27 (zich terugtrekken).

Bij de longitudinale groep hebben wij een significante samenhang gevonden tussen leeftijd enerzijds en cognitie en sociaal contact anderzijds. Stemming en ADLP vertonen deze samenhang niet.

De verbeteringen die zich voordoen na de organisatieveranderingen, komen bij alle leeftijdsgroepen voor. Bij de ADLP is deze alleen bij de jongste groep (jonger dan 75 jaar) blijvend van aard. Bij de 90-plussers is er vervolgens sprake van een versnelde achteruitgang. Ook bij cognitie en stemming is de verbetering bij deze leeftijdsgroep niet van blijvende aard. Bij sociaal contact zien wij dat de oudste groep de enige is waarbij geen verbetering na de organisatieveranderingen optreedt.

Er is geen significante samenhang tussen de verblijfsduur en het lichamelijk en psychosociaal functioneren.

### 9.5.3 Verloop bij nieuw-opgenomen bewoners

In Tabel 8 staat een overzicht van het functioneren van de nieuw opgenomenen bij hun eerste waarneming na opname. Uit deze tabel blijkt dat de bewoners die na de organisatieveranderingen zijn opgenomen, bij binnenkomst op alle vier factoren beter functioneren dan de groep die ervoor is opgenomen. De verschillen zijn voor ADLP en sociaal contact significant (t-toets,  $p < 0.05$ ).

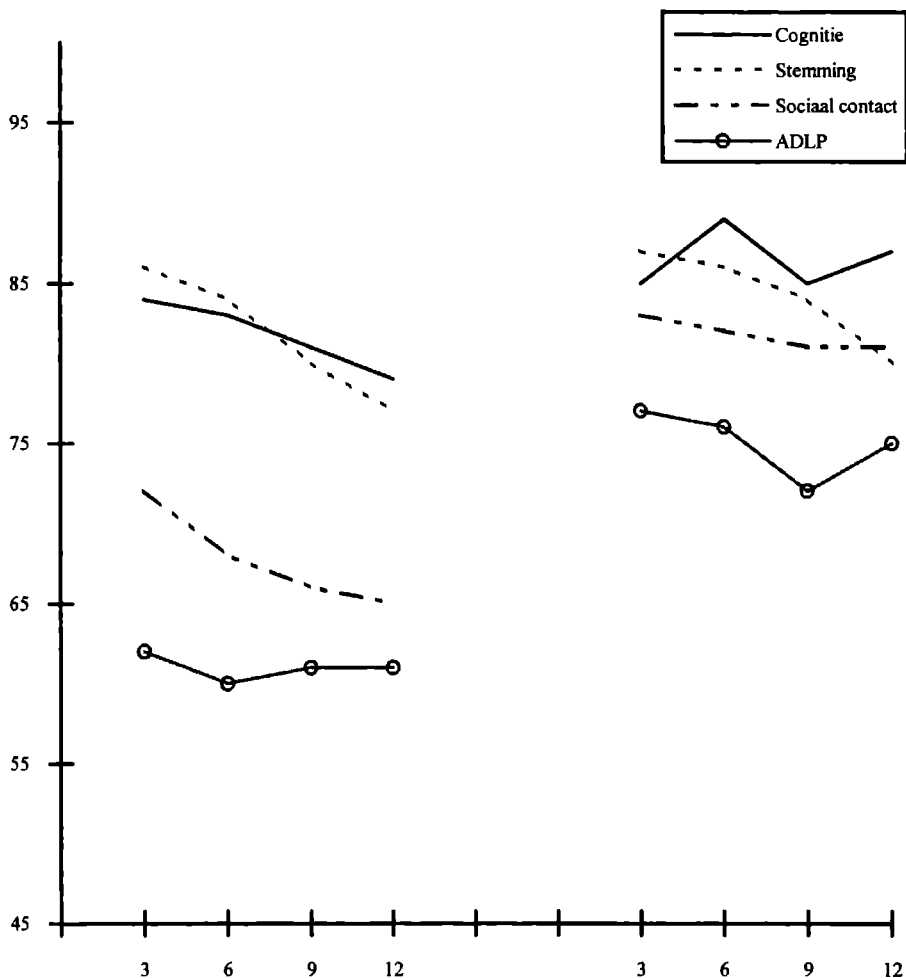
Tabel 8. Gemiddelde scores\* en standaarddeviaties van cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP van de nieuw opgenomenen vóór IX, vanaf XII en de totale groep. Eerste waarneming na opname.

	<i>nieuw opgenomen bewoners</i>					
	<i>vóór IX (n = 106)</i>		<i>vanaf XII (n = 78)</i>		<i>totaal (n = 184)</i>	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
cognitie	8.1	9.7	5.9	9.1	7.1	9.2
stemming	4.2	5.0	3.6	5.5	3.9	5.3
sociaal contact	6.4	5.8	4.3	5.2	5.4	7.8
ADLP	6.2	3.6	3.9	3.5	5.6	3.0

\* Hoe hoger de scores, hoe meer problemen er worden geconstateerd op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP. De minimale respectievelijk maximale scores zijn bij cognitie: 0-44, bij stemming: 0-28, bij sociaal contact: 0-20, en bij ADLP: 0-16.

In Figuur 12 en Figuur 13 staat aangegeven hoe het eerste jaar na opname is verlopen. Wij beschikken over de volledige gegevens van 69 bewoners die minstens een jaar vóór de organisatieveranderingen zijn opgenomen en van 37 die erna zijn opgenomen. Bij de groep die ervoor is opgenomen [Figuur 12], blijft de lichamelijke hulpbehoefte het eerste jaar redelijk constant. Op cognitief, affectief en sociaal gebied is het eerste jaar na opname sprake van een continue achteruitgang. De groep die na de veranderingen is opgenomen [Figuur 13], functioneert bij opname al beter dan de eerder besproken nieuwe opnames. Het verschil is met name duidelijk bij het lichamelijk functioneren en het sociale contact. Deze verschillen bij opname zijn significant (t-toets,  $p < 0.05$ ). Bij cognitie en stemming zijn de verschillen tussen beide groepen kort na opname minimaal. In tegenstelling tot de andere groep blijft de groep die na de organisatieveranderingen is opgenomen, op peil gedurende het eerste jaar na opname, met name op cognitief en sociaal gebied. Deze verschillen kun-

nen niet worden verklaard door leeftijdsverschillen of verschillen in ernst van de opname-indicatie (Van Loveren-Huyben, 1986).



Figuur 12. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Nieuwe opnames vóór IX (n = 69); 3, 6, 9 en 12 maanden na opname.

Figuur 13. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Nieuwe opnames vanaf XII (n = 37); 3, 6, 9 en 12 maanden na opname.

### 9.5.4 De uitval

Mede door de hoge leeftijd van de bewoners hadden wij op ieder tijdstip te maken met een groep die kort voor overlijden of overplaatsing naar een verpleeghuis stond. Deze groep vormt een steeds belangrijker deel van de verzorgingshuispopulatie. De verwachting was dat het aantal uitvallers in de loop van het onderzoek zou toenemen. Dit blijkt echter niet het geval te zijn.

Vóór de organisatieveranderingen (in 1981, 1982 en 1983) is het aantal uitvallers 26 per half jaar. In 1984 (na het verkleinen van de afdelingen en het invoeren van bewonersgericht werken), is het aantal uitvallers even groot als in de eerder genoemde periode. In 1985 (na het inrichten van huiskamers op de afdelingen) ligt het aantal uitvallers beduidend lager. In de eerste helft van dat jaar gaat het om acht bewoners, in de tweede helft om twintig. De perioden vóór en na de organisatieveranderingen in 1984 verschillen duidelijk wat betreft het aantal bewoners dat naar een verpleeghuis wordt overgeplaatst. Vóór de veranderingen worden gemiddeld tien bewoners per jaar overgeplaatst naar een verpleeghuis voor somatisch zieken, na de organisatieveranderingen zijn dat vijf bewoners per jaar. Voor de opname in de psychogeriatric liggen deze aantallen respectievelijk op zes en één à twee per jaar.

In Tabel 9 is een onderscheid gemaakt naar degenen die vóór en na de organisatieveranderingen zijn uitgevallen. Van beide groepen is het lichamelijk en psychosociaal functioneren weergegeven. Er bestaan statistisch géén significante verschillen tussen beide groepen. De organisatieveranderingen hebben dus géén effect op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de groep uitvallers, maar wel op de aantallen.

Tabel 9. Gemiddelde scores\* en standaarddeviaties van cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP van de uitval vóór XII, vanaf XII en de totale groep. Laatste waarneming vóór uitval.

	uitval		uitval		uitval	
	vóór XII (n = 143)		vanaf XII (n = 60)		totaal (n = 203)	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
cognitie	14.5	14.5	14.1	12.3	14.5	13.6
stemming	9.2	7.8	8.7	7.8	9.2	7.8
sociaal contact	9.2	6.8	11.0	6.8	9.8	6.8
ADLP	9.8	4.2	9.6	3.8	9.8	4.3

\* Zie noot bij Tabel 8

### **9.5.5 Verandering in de samenhang tussen de vier factoren**

In deze paragraaf bepalen wij de invloed van de organisatieveranderingen op de samenhang (Pearson product-moment correlaties) tussen cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP. Wij doen dit voor iedere onderzoeksgroep afzonderlijk. Hierbij beperken wij ons tot de meest opvallende gegevens. Bij het totale bewonersbestand is gedurende de gehele onderzoeksperiode de correlatie tussen cognitie en sociaal contact het hoogst. Vóór de organisatieveranderingen varieert de correlatie van 0.65 tot 0.70. Na de veranderingen ligt de correlatie iets lager ( $0.53 < r < 0.61$ ).

Bij de longitudinale groep zien wij dat na de organisatieveranderingen de correlaties tussen de drie psychosociale factoren onderling kleiner worden. De samenhang tussen enerzijds de psychosociale factoren en anderzijds de lichamelijke hulpbehoefvendheid wordt in deze groep steeds groter.

Ook bij de bewoners die na de organisatieveranderingen zijn opgenomen, nemen de onderlinge correlaties tussen cognitie, stemming en sociaal contact af. Stemming correleert één jaar na opname met geen enkele andere factor meer. Wel neemt de samenhang tussen ADLP enerzijds en cognitie en sociaal contact anderzijds toe in het eerste verblijfsjaar. Bij de groep die vóór de organisatieveranderingen is opgenomen, wordt de correlatie tussen ADLP en sociaal contact groter in het eerste jaar, maar wij zien ook een toenemende samenhang tussen de drie psychosociale factoren onderling.

Bij de uitvallers zijn de correlaties na de organisatorische veranderingen eveneens kleiner ( $0.35 < r < 0.68$ ) dan ervoor ( $0.43 < r < 0.73$ ). De correlatie tussen ADLP en sociaal contact vormt hierop een uitzondering: bij degenen die vóór de veranderingen uitvallen, is deze kleiner ( $r = 0.45$ ) dan bij degenen die erna uitvallen ( $r = 0.68$ ). De verschillen zijn echter klein en alle correlaties blijven significant ( $p < 0.05$ ).

## **9.6 Conclusies**

De organisatieveranderingen in 'Zorgvliet' hebben een positief effect op het lichamelijk, geestelijk en sociaal functioneren van de bewoners. Dit geldt voor het totale bewonersbestand en zelfs, zij het in iets mindere mate, voor de groep bewoners die gedurende het hele onderzoek is gevolgd. Bij deze groep blijkt dat bij de oudsten (90-plussers) de veranderingen slechts een tijdelijk effect sorteren. Aangezien een derde van de longitudinale groep uit bewoners van deze leeftijdscategorie bestaat, verklaart dit gegeven het geringere effect bij deze groep. Bij de nieuw-opgenomen bewoners hebben de maatregelen het meeste effect. Er bestaat namelijk een duidelijk verschil tussen de bewoners die vóór

en de bewoners die na de organisatieveranderingen zijn opgenomen. Het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de groep die uitvalt als gevolg van overlijden of overplaatsing naar een verpleeghuis, is weinig te beïnvloeden door de veranderingen. Wel worden na de aanpassingen van de organisatie beduidend minder bewoners overgeplaatst naar de somatische en de psychogeriatrische verpleeghuizen. Opvallend is ook dat kort na het creëren van ontmoetingsruimten op de afdelingen, het aantal bewoners dat overlijdt, relatief klein is. Overigens heeft deze ingreep op zich geen extra effect op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de bewoners van 'Zorgvliet'. Deze maatregel moet meer gezien worden als een onderdeel van de andere organisatorische aanpassingen.

De samenhang tussen leeftijd enerzijds en het lichamelijk en psychosociaal functioneren anderzijds is over het geheel genomen niet erg groot. Wel geldt steeds dat de alleroudsten (90-plussers) het slechtst functioneren. De verblijfsduur van de bewoners vertoont helemaal geen samenhang met het functioneren van de bewoners.

In de correlaties tussen de vier onderzochte factoren komt na de aanpassingen van de organisatie duidelijk verandering. De onderlinge correlaties tussen cognitie, stemming en sociaal contact zijn na de aanpassingen kleiner dan ervoor. Hieruit kunnen wij concluderen dat het personeel in staat is een gedifferentieerder beeld te geven van het gedrag van de bewoners, doordat er een intensiever contact tussen bewoners en personeel bestaat.

## **9.7      Discussie**

De bewoners van verzorgingshuis 'Zorgvliet' blijken ondanks hun hoge leeftijd meer te kunnen dan over het algemeen wordt aangenomen. De eerder gesignaleerde achteruitgang is na de organisatieveranderingen doorbroken. Het 'Deficit-model', waarbij er vanuit wordt gegaan dat ouder worden alleen maar gepaard gaat met achteruitgang, gaat dus niet op bij onze onderzoeksgroep.

Onze bevindingen vormen -vanuit de praktijk- een aanvulling op de resultaten van meer experimenteel gericht onderzoek door Baltes en Kliegl (1986) naar het intellectueel functioneren van ouderen (zie ook Kliegl en Baltes, 1987). Uit die resultaten is af te leiden dat het proces van ouder worden een veel heterogener proces is dan voorheen werd aangenomen, en dat er niet alleen tussen afzonderlijke personen veel verschillen mogelijk zijn, maar ook binnen één persoon. Baltes en Kliegl duiden deze verschijnselen aan met de termen plasticiteit en flexibiliteit.



Zelfs binnen het verzorgingshuis zijn er dus mogelijkheden aanwezig om de achteruitgang van de bewoners tegen te gaan. In de probleemstelling hebben wij geopperd dat dit proces van achteruitgang op twee manieren beïnvloed kan worden. Namelijk door de competentie van de bewoners zelf te bevorderen of door de mogelijkheden tot contingentie te verruimen. Door veranderingen in de organisatie en werkwijze van het personeel voor te stellen hebben wij ons met name op het laatste gericht: bewoners krijgen meer greep op hun eigen leven, doordat het personeel met hen in overleg treedt over de te bieden verzorging. Tevens zijn zij door de veranderde opzet verzekerd van aandacht door het personeel, omdat vaste personeelsleden de verantwoordelijkheid hebben voor de verzorging van een vaste groep bewoners.

In theoretisch opzicht kunnen wij ons aansluiten bij Margaret Baltes. In een publicatie uit 1986 schrijft zij hierover het volgende. Het afhankelijk gedrag dat verzorgingshuisbewoners vertonen, wijst niet noodzakelijk op een gebrek aan competentie, maar eerder op een gebrek aan contingentie. Door afhankelijk gedrag te vertonen oefenen de bewoners een zodanige invloed uit op de omgeving dat zij datgene krijgen waarnaar zij erg verlangen, namelijk sociaal contact. Als de situatie van onderstimulatie en bekrachtiging van afhankelijk gedrag zich voortzet, zal er steeds meer (overbodige) hulp worden gevraagd en zal het gevoel van incompetentie bij de bewoners ook steeds groter worden. Een manier om dit proces te doorbreken is volgens Baltes het gedrag van het personeel ten opzichte van de bewoners te veranderen. Hierdoor kunnen andere contingenties tot stand worden gebracht en zal de aangeleerde hulpeloosheid verminderen.

Door de organisatorische maatregelen in 'Zorgvliet' is inderdaad het hierboven geschetste proces doorbroken. De bewoners zijn in staat gesteld om meer invloed uit te oefenen op hun eigen leven en zij hoefden niet langer lichamelijke hulpbehoevendheid 'voor te wenden' om verzekerd te zijn van aandacht van het personeel. Uit onze onderzoeksgegevens blijkt dat er een grotere differentiatie is opgetreden tussen de bewoners in de benodigde lichamelijke verzorging. Ondanks het feit dat er steeds meer bewoners lichamelijk volledig hulpbehoevend zijn, is namelijk het gemiddeld niveau niet toegenomen. De zelfwerkzaamheid van bewoners die nog wel in staat zijn om dingen zelf te doen, is toegenomen. De tijd van een standaardpakket verzorging is hiermee voorbij. Door de nieuwe manier van werken is het personeel in staat tegemoet te komen aan de wensen en behoeften van de individuele bewoner.

Een veel gehoord bezwaar tegen onze conclusies is dat hetzelfde personeel de observaties vóór en na de organisatieveranderingen heeft verricht. De effecten zouden dus het resultaat kunnen zijn van een soort 'wishful thinking'. Wij

willen hier het volgende tegenin brengen. Als er sprake zou zijn van een 'wishful thinking' zou bij alle groepen bewoners een verbetering in hun functioneren moeten worden geconstateerd en dat is niet het geval. Bij de alleroudste bewoners en bij degenen die kort voor overlijden of overplaatsing naar een verpleeghuis staan, zet het proces van achteruitgang zich voort. Bij hen is geen sprake van een verbetering. Daarnaast willen wij opmerken dat door de veranderde werkwijze van het personeel de observaties alleen nog maar aan nauwkeurigheid hebben gewonnen, doordat dezelfde personeelsleden steeds dezelfde bewoners verzorgen en begeleiden.

De organisatieveranderingen blijken de grootste verschillen op te leveren voor de groep nieuwe bewoners. Degenen die na de veranderingen zijn opgenomen, functioneren vanaf het begin beter dan degenen die ervoor zijn opgenomen. Ook blijven zij gedurende hun eerste verblijfsjaar op datzelfde betere niveau functioneren. Hieruit blijkt dat een goede en gerichte opvang van nieuwe bewoners, die een rechtstreeks gevolg is van de veranderingen in de organisatie, duidelijk effect sorteert.

Het gegeven dat er na de organisatieveranderingen minder bewoners naar een verpleeghuis worden overgeplaatst, zou erop kunnen wijzen dat er 'substitutie' optreedt. In dit geval zou dat betekenen dat bewoners die op het niveau van verpleeghuispatiënten functioneren, in het verzorgingshuis blijven wonen. Echter, het feit dat degenen die worden overgeplaatst, net zo hulpbehoevend zijn als eerder overgeplaatsten, is reeds een aanwijzing voor het gegeven dat er géén substitutie plaatsvindt. Bovendien is uit de onderzoeksgegevens gebleken dat het aantal bewoners met ernstige lichamelijke of psychosociale problematiek niet is toegenomen in de loop van de tijd. Het verzorgingshuis wordt dus niet bewoond door verpleeghuispatiënten. Men is er door de aanpassingen van de organisatie en werkwijze van het personeel in geslaagd een verdere achteruitgang in het functioneren van de bewoners te voorkomen.

De volgende vraag die wij ons stellen is of door individuele stimulering van de bewoners zelf een nog groter effect kan worden bereikt. In het volgende hoofdstuk zullen wij dit nader onderzoeken.

## **9.8 Samenvatting**

De achteruitgang van verzorgingshuisbewoners waarover wij in de voorafgaande hoofdstukken spraken, blijkt door aanpassingen van de organisatie en werkwijze van het personeel doorbroken te kunnen worden. De door ons voorgestelde maatregelen (schaalverkleining en bewonersgericht werken) zijn erop gericht bewoners meer greep te geven op hun leven en het sociale

contact te bevorderen. Na enige organisatorische veranderingen neemt de lichamelijke en psychosociale problematiek van de bewoners niet verder toe. De nieuw opgenomen bewoners hebben het meeste profijt van de veranderingen. Degenen die erna worden opgenomen, functioneren bij binnenkomst op een beter niveau dan degenen die ervoor zijn opgenomen. Ook is er bij de eerstgenoemde groep geen sprake van een achteruitgang in het eerste verblijfsjaar, bij de tweede groep wel. Zelfs bij de groep die vanaf het begin aan het onderzoek heeft deelgenomen, verbetert het lichamenlijk en psychosociaal functioneren. Bij degenen die overlijden of naar een verpleeghuis worden overgeplaatst, treedt geen verandering in lichamenlijk of psychosociaal functioneren op na de organisatorische maatregelen. Wel worden er in die laatste periode minder bewoners overgeplaatst naar verpleeghuizen. De conclusie is dat alleen al door aanpassingen van de organisatie en werkwijze positieve effecten kunnen worden bereikt. De volgende vraag is of door extra individuele stimulering van bewoners nog meer kan worden bereikt.



## 10. De evaluatie van de groepsopvang\*

### 10.1 Inleiding

De laatste jaren worden veel verzorgingshuizen geconfronteerd met enkele bewoners die ernstige cognitieve problemen vertonen (Van Loveren-Huyben en Van der Bom, 1983; 1988; Van Loveren-Huyben e.a., 1985). Deze bezorgen vaak overlast in het huis en over het algemeen vindt men het moeilijk op een goede manier met hen om te gaan. Daar komt bij dat overplaatsing naar een psychogeriatrisch verpleeghuis soms lang op zich laat wachten.

In het verzorgingshuis 'De Oldenzaag' (geïmagineerde naam) heeft men voor deze groep een speciale opvang gecreëerd (Verzorgingshuis 'De Oldenzaag', 1984). De bedoeling hiervan is een verdere teruggang van het functioneren van de bewoners te vertragen, maar vooral ook de aanwezige vermogens te behouden en eventueel te versterken. In dit hoofdstuk gaan wij na of deze doelstelling wordt bereikt.

### 10.2 Probleemstelling

De vraag die wij ons in dit verband stellen, is wat de effecten van de groepsopvang zijn op het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de bewoners in het algemeen, en die van de deelnemers aan de groepsopvang in het bijzonder (Van Dongen, 1986). In de literatuur worden er aanwijzingen over de mogelijk te verwachten effecten gegeven. Deze hangen samen met de aard van de interventieprogramma's.

Er zijn veel verschillende typen te onderscheiden. Eén richt zich op stimulering van bewoners om aan activiteiten deel te nemen door hen wat extra's aan te bieden, bijvoorbeeld recreatiematerialen, een drankje of een hapje (Jones, 1972; McClannahan en Risley, 1975; Blackman, Howe en Pinkston, 1976; Jenkins, Felce, Lunt en Powell, 1977; Quattrochi-Tubin en Jason, 1980). Men heeft daarbij een verhoogde participatie en aanwezigheid van bewoners gesignaleerd. Deze effecten waren evenwel tijdelijk van aard, namelijk voor de duur van het experiment. Naast een hogere deelname zag men ook een verbetering van het sociaal gedrag. Ook in dit opzicht vielen de bewoners na beëindiging van het experiment snel in het oude patroon terug.

In het interventieprogramma van Hoyer, Kafer, Simpson en Hoyer (1974) richtte men zich op het stimuleren van verbaal gedrag. Mueller en Atlas (1972)

---

\* Oorspronkelijk verschenen als: CMS van Loveren-Huyben en GAM van Dongen, Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (4). De evaluatie van groepsopvang. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989; 20: 107-114.

probeerden de omgang tussen bewoners te stimuleren via spelletjes. Ook bij deze twee studies werd een (tijdelijke) verbetering van het sociaal contact geconstateerd. De conclusies werden echter op grond van zeer kleine aantallen deelnemers (vier en vijf) getrokken.

In weer andere programma's, onder andere in die van Langer en Schulz, werd het accent gelegd op verantwoordelijkheid voor en controle over gebeurtenissen in het eigen leven van de bewoners (Felton en Kahana, 1974; Schulz, 1976; Langer en Rodin, 1976; Rodin en Langer, 1977; Banziger en Roush, 1983; Barbaro en Noyes, 1984). Het bevorderen van hun autonomie had een positief effect op de gezondheid, het psychosociaal welbevinden en het activiteiten-niveau. Bij nadere bestudering van deze onderzoeken komt Beck (1982) tot de conclusie dat de positieve resultaten een gevolg zijn van een verhoogde cognitieve activiteit, ontstaan door de toegenomen verantwoordelijkheid en controle over de eigen situatie. Volgens Schulz en Hanusa (1979) is de voorspelbaarheid van gebeurtenissen al voldoende om de positieve resultaten te bereiken en is het niet noodzakelijk dat bewoners er controle over hebben.

In zijn algemeenheid geldt dat instituten weinig eisen stellen aan bewoners en verantwoordelijkheden uit handen nemen, waardoor de (cognitieve) activiteiten worden afgeremd (Beck, 1982). Er moet een zekere druk vanuit de omgeving op de bewoners worden uitgeoefend om goed te kunnen functioneren. Deze omgevingsdruk moet afgestemd zijn op hun competentie (Lawton en Nahemow, 1973; Schulz en Hanusa, 1979).

Bovenstaande programma's richten zich uitsluitend op de bewoners. Arnetz (1983) is één van de weinigen die in zijn onderzoek ook aandacht heeft geschonken aan begeleiding van het personeel. Hij legt een verband tussen onderstimulatie (mede veroorzaakt door het personeel) en sociale isolatie aan de ene kant, en negatieve psychologische, sociale en zelfs fysiologische consequenties voor de bewoners aan de andere kant. In een programma van een half jaar werden bewoners gestimuleerd activiteiten te ontplooiën. Voor het personeel werden groepsbijeenkomsten belegd, waarin kennis werd overgedragen over het proces van ouder worden. Tevens werd aandacht geschonken aan de attitudes (stereotyperingen) van het personeel ten opzichte van bewoners. Irritaties werden bespreekbaar gemaakt en het personeel ging volgens het 'lange cyclus'-systeem werken, waarbij dezelfde personeelsleden gedurende langere tijd verantwoordelijkheid droegen voor dezelfde bewoners.

Arnetz vond in zijn onderzoek dat de experimentele groep actiever werd, meer sociale interactie met het personeel liet zien, zich in psychosociaal opzicht beter voelde, minder rusteloos en vooral minder handelbaar (meer protesterend) was. Dit laatste interpreteert Arnetz, in tegenstelling tot bijvoorbeeld Felton en

Kahana (1974), als een positief resultaat van het experiment. De laatste twee auteurs vinden juist aanpassing aan het instituut een na te streven doel.

Ook Sperbeck en Withbourne (1981) hebben in hun onderzoek aandacht besteed aan begeleiding van het personeel. Voor de personeelsleden werd een uitgebreid trainingsprogramma opgezet met als onderdelen kennisoverdracht, aanleren van vaardigheden en technieken voor gedragsbeïnvloeding en ontwikkelen van behandelplannen. Zij stelden een vermindering van de functionele afhankelijkheid (= afhankelijkheid van bewoners bij het uitvoeren van taken die zij gezien hun fysieke toestand wel zelf zouden kunnen) van de verpleeghuisbewoners vast.

De effecten van deze interventieprogramma's blijken verder te gaan dan die waarin het personeel nauwelijks of helemaal geen rol speelt (Sperbeck en Withbourne, 1981; Arnetz, 1983). Daaruit blijkt dat het belangrijk is dat het personeel de vernieuwing opneemt in de normale dagelijkse verzorging van de bewoners, en deze niet als een losstaande activiteit opvat. Bij maximale integratie zullen de effecten ook op langere termijn merkbaar zijn.

De groepsopvang in 'De Olden Haag' voldoet zoveel mogelijk aan deze voorwaarden. Wij verwachten daarom dat de groepsopvang een gunstig effect heeft op het lichamelijk, cognitief en sociaal functioneren van de deelnemers, dat er bij hen geen sprake zal zijn van een achteruitgang, maar mogelijk zelfs van een verbetering.

Door de integratie in het huis zullen de effecten naar verwachting ook op langere termijn merkbaar zijn. Op de totale populatie zal daarvan een preventieve werking uitgaan waardoor deze in de loop van het onderzoek niet achteruitgaat.

## **10.3 Opzet van het onderzoek**

### **10.3.1 Beschrijving van het programma**

In 'De Olden Haag' (een modern opgezet verzorgingshuis met een capaciteit van 170 bewoners in een provinciestadje) bestaat sinds oktober 1982 een speciale opvang voor bewoners die een indicatie hebben voor een psychogeriatrisch verpleeghuis en wachten op overplaatsing (*eerste groep*). In oktober 1983 is hier een tweede groep bij gekomen van bewoners die op cognitief gebied iets minder problemen vertoonden (*tweede groep*) dan de eerste.

De groepsopvang is een ontmoetingsplaats waarin bewoners individueel of in groepsverband activiteiten kunnen ontplooiën. Men stelt zich niet alleen ten doel een verdere teruggang te vertragen, maar vooral ook de aanwezige vermogens te behouden en eventueel te versterken, zodat bewoners zich optimaal in

de huidige woon- en leefomgeving kunnen handhaven (Tankink, 1983). De opvang bestaat uit een intensief dagprogramma (van 10 uur tot 20 uur), waarbij ook gezamenlijk wordt gegeten. Het programma bestaat uit lichamelijke activiteiten (zelfzorg, boodschappen doen, schoonmaken, geheugenspellen, sport en spel, muziek en dans) en cognitieve bezigheden (realiteits- en oriëntatietraining, puzzels, lezen, schrijven en rekenen; Tankink, 1983). Het aantal deelnemers per groep schommelt tussen de zes en dertien. Alle deelnemers blijven op hun eigen kamer in het huis wonen en bezoeken overdag de groepsopvang. Niet iedereen komt zeven dagen per week; een aantal neemt slechts enkele dagen deel.

Het programma van de *tweede groep* verschilt niet wezenlijk van dat van de eerste. Alleen het 'niveau' van de groepsleden verschilt. De activiteiten voor de tweede groep hebben een meer preventief karakter dan die voor de eerste. De doelstelling van beide is gelijk, namelijk het stimuleren van de deelnemers tot actieve deelname aan het groepsgebeuren en tot cognitieve activiteiten. Het accent ligt steeds op de zelfwerkzaamheid, op eigen initiatief en op onderlinge samenwerking.

De dagelijkse gang van zaken valt onder de verantwoordelijkheid van een activiteitenbegeleidster. In de begeleiding van de groepen wordt zij geassisteerd door leden van het verzorgend personeel en enkele vrijwilligers. Er is regelmatig overleg tussen de begeleiders en het verzorgend personeel op de afdelingen. Het doel daarvan is te komen tot een eenduidige benadering van de bewoners. De voortgang van het gehele project wordt regelmatig met alle personeelsleden besproken.

### **10.3.2      *Methoden***

Een half jaar na aanvang van de eerste groep (mei 1983) is men in 'De Oldenzaag' begonnen met het beoordelen van alle bewoners op psychosociale kenmerken met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS; Van Loveren-Huyben e.a., 1988). Deze beoordelingen vinden plaats op de afdelingen waar de bewoners wonen. In dit hoofdstuk bespreken wij de resultaten van tien driemaandelijke waarnemingen, van mei 1983 tot en met november 1985. Voor het lichamelijk functioneren (ADLP) hebben wij slechts de beschikking over gegevens van in totaal zes waarnemingen (I, II, III, IV, VI, VIII). Om die reden beperken wij ons bij de beschrijving van de longitudinale gegevens van beide groepen tot het psychosociaal functioneren.



### 10.3.3 Onderzoeksgroepen

Het aantal deelnemers aan de *eerste groep* varieert per waarneming van zes tot elf. In totaal hebben in de onderzoeksperiode 21 bewoners kortere of langere tijd aan deze groep deelgenomen. Hun gemiddelde leeftijd is 82,4 jaar (standaarddeviatie = 6,3). Het gaat om negentien vrouwen en twee mannen.

Negen deelnemers hebben minstens één jaar gedurende vier opeenvolgende waarnemingen aan het onderzoek deelgenomen; zij vormen de longitudinale groep. Vanwege de wisselende samenstelling van deze groep variëren de onderzochte tijdstippen van I-IV, II-V tot en met VII-X.

Van de overigen zijn er vijf binnen een jaar na aanvang van deelname overgeplaatst naar een verpleeghuis, drie overleden en twee verhuisd naar een kloosterbejaardenoord. De overige twee deelnemers doen aan het einde van onze onderzoeksperiode nog geen jaar mee aan de eerste groep.

Ook de *tweede groep* kent een variabel aantal deelnemers: zeven à dertien. Hun gemiddelde leeftijd wijkt niet af van die van de eerste groep. In totaal hebben 23 bewoners deelgenomen, van wie acht één jaar aan een stuk. Vier deelnemers zijn mannen.

In 1983 is de gemiddelde leeftijd van de bewoners van 'De Oldenzaag' 80,1 jaar (standaarddeviatie = 5,7 jaar). De meeste bewoners zijn dan tussen de 80 en 84 jaar oud. De populatie bestaat voor ongeveer drie kwart uit vrouwen. Gemiddeld woont men er 5,6 jaar (standaarddeviatie = 2,7). Over de burgerlijke staat hebben wij onvoldoende informatie. Wel is bekend dat in 1983 28% van de bewoners religieuze is.

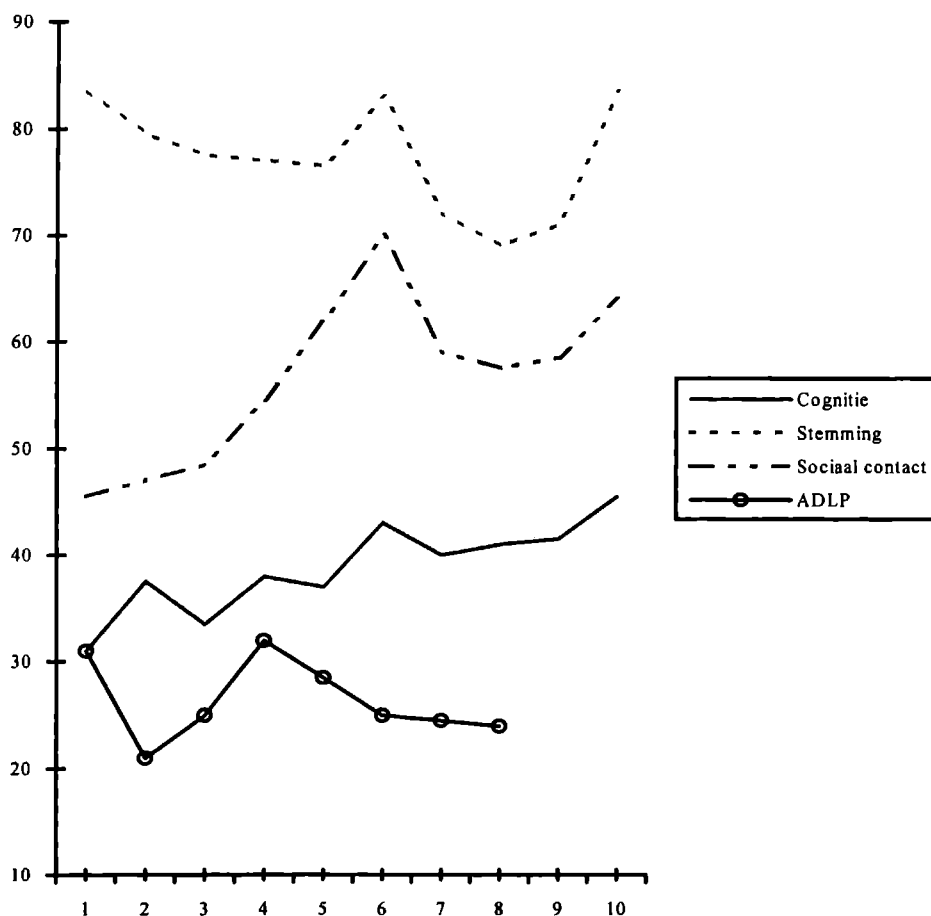
In vergelijking met andere verzorgingshuizen in Nederland heeft 'De Oldenzaag' relatief jonge bewoners. Eind 1985 is nog steeds 40% jonger dan 80 jaar en 6% 90 jaar of ouder. De verzorgingsbehoefte is in de onderzochte periode iets minder groot dan het landelijk gemiddelde (CBS, 1984).

Om te bepalen of de deelnemers aan het interventieprogramma betere resultaten behalen dan vergelijkbare niet-deelnemers, hebben wij de longitudinale groepen vergeleken met 'controlegroepen'. Voor beide groepen hebben wij uit 'Zorgvliet' een 'controlegroep' samengesteld. In 'Zorgvliet' hebben wij immers een vergelijkbaar onderzoek gedaan, zij het dat er in de eerste periode daarvan geen interventie heeft plaatsgevonden [zie Hoofdstuk 7, 8 en 9]. Deze hebben op cognitie nagenoeg eenzelfde beginniveau als de experimentele groepen. Voor de *tweede groep* hebben wij daarnaast een extra 'controlegroep' kunnen samenstellen bestaande uit niet-deelnemers uit 'De Oldenzaag' zelf.

## 10.4 Resultaten

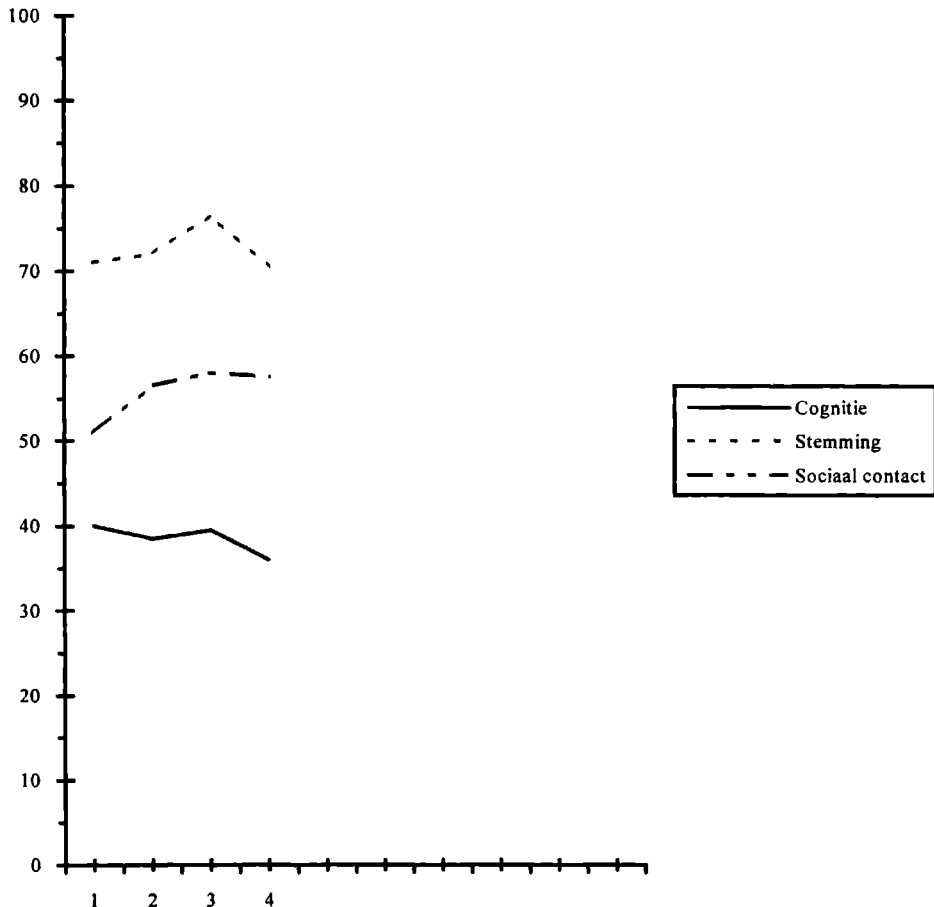
### 10.4.1 Eerste groep

In Figuur 14 worden de gemiddelde scores weergegeven voor cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP van de eerste groep over de onderzoeksperiode van ongeveer tweeënhalf jaar. Ze zijn uitgedrukt in percentages van de maximale score: hoe hoger een score in de figuur, hoe beter het functioneren.



Figuur 14. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Deelnemers aan de eerste groep van 'De Oldenhag' ( $n = 7$  per waarneming) bij tien waarnemingen (mei 1983 - november 1985).

Opvallend is dat het cognitief functioneren erg veel problemen oplevert. Op cognitie en sociaal contact gaat de groep als geheel steeds beter functioneren. Op stemming is het niveau aan het einde van de onderzoeksperiode vergelijkbaar met dat van het begin. Maar tussendoor is het niveau van stemming wel iets slechter geweest.



Figuur 15. Gemiddelde scores op cognitie, stemming en sociaal contact in percentages van de maximale score. Bewoners van 'De Oldenhaag' die één jaar aan de eerste groep hebben deelgenomen (n = 9).

In Figuur 15 staat het verloop van de negen deelnemers, die één jaar zijn gevolgd. Het niveau van cognitie is wederom laag. Bij de vier waarnemingen blijft

deze groep op alle factoren redelijk constant scoren. Het sociale contact wordt iets beter. De kleine verschillen tussen de metingen zijn niet significant.

Men zou kunnen veronderstellen dat deze groep een positieve selectie vormt uit de eerste groep, omdat zij langere tijd 'overleeft'. Uit vergelijking met hen die door overplaatsing, verhuizing of overlijden geen volledig jaar hebben kunnen deelnemen, blijkt dit echter niet het geval [Tabel 10]. Op geen van de drie factoren vinden we een significant verschil tussen beide groepen (t-toets). Opvallend is het verschil bij stemming: degenen die minder dan een jaar zijn gevolgd functioneren beter, maar ook dit verschil is niet significant ( $t = 1.308$ ;  $df = 17$ ).

Tabel 10. Gemiddelde scores\* en standaarddeviaties op cognitie, stemming en sociaal contact van de groep die één jaar en de groep die minder dan één jaar aan de groepsopvang (*eerste groep*) heeft deelgenomen (eerste waarneming na deelname aan de groep).

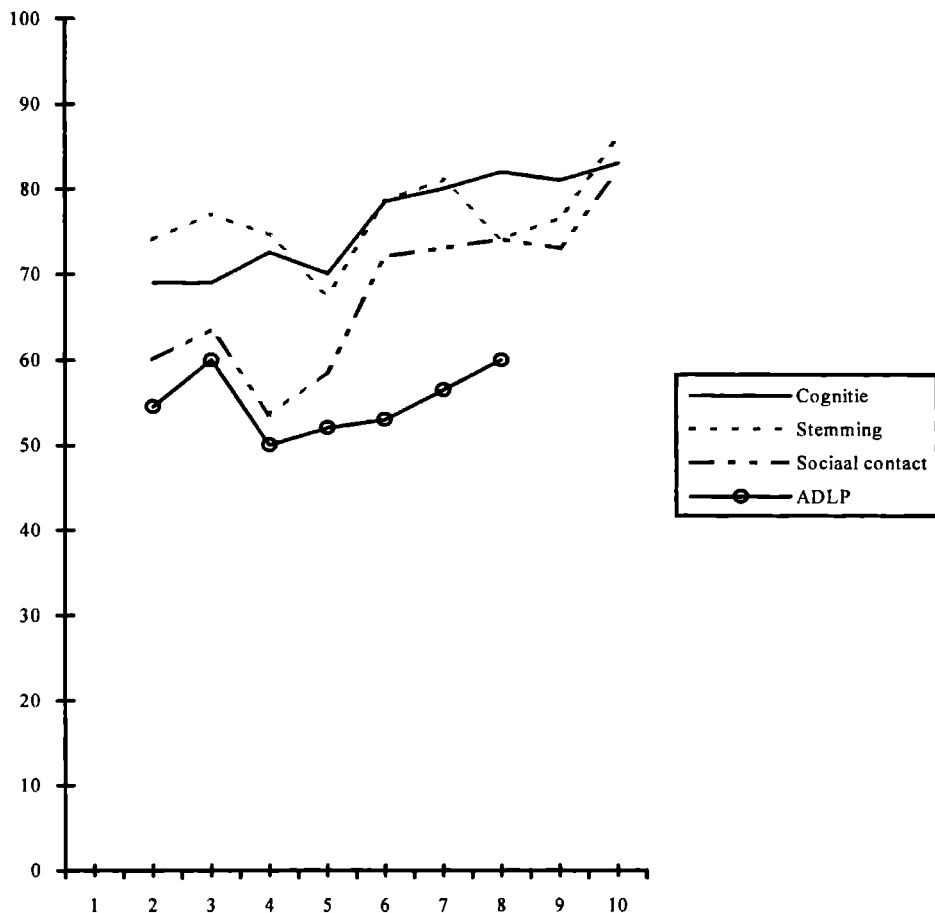
	<i>1 jaar na deelname</i> ( <i>n</i> = 9)		<i>&lt; 1 jaar deelname</i> ( <i>n</i> = 10)	
	$\bar{x}$	sd	$\bar{x}$	sd
cognitie	26.3	6.8	26.7	9.6
stemming	8.0	7.1	4.6	3.4
sociaal contact	9.8	5.5	10.0	4.8

\* Hoe hoger de score, hoe meer problemen er worden geconstateerd. De minimale en maximale scores zijn bij cognitie 0 en 44, bij stemming 0 en 28 en bij sociaal contact 0 en 20.

#### 10.4.2 *Tweede groep*

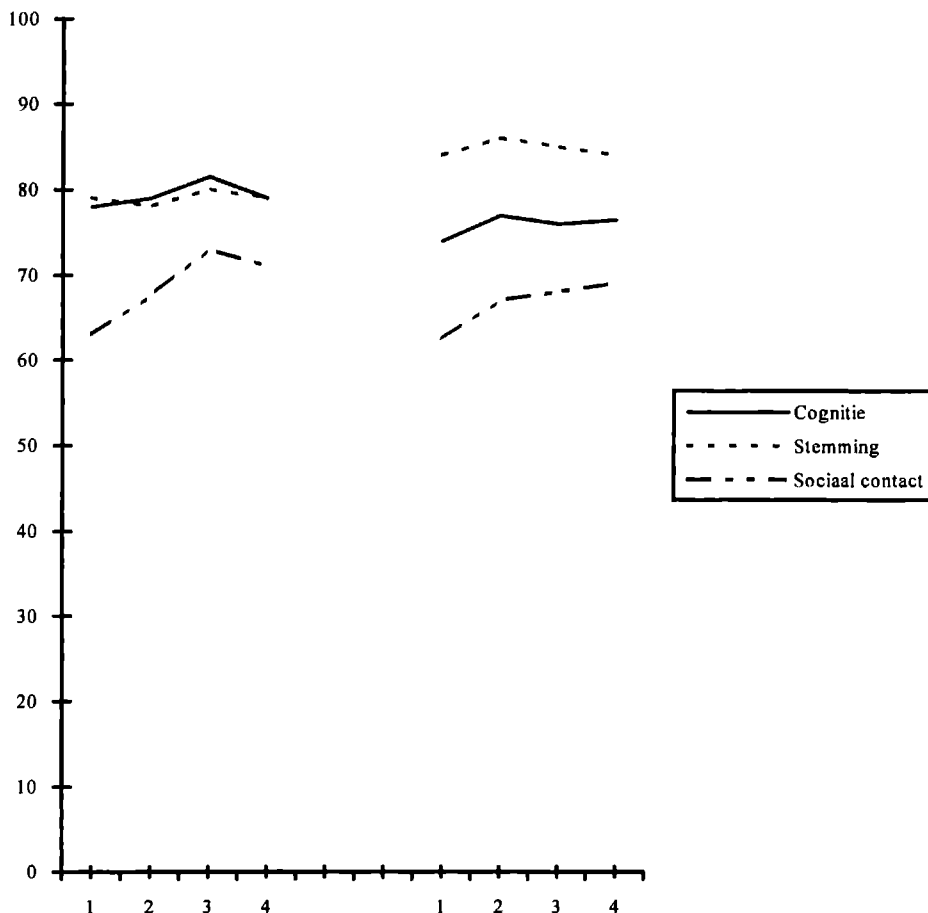
In Figuur 16 worden de gemiddelde scores van het lichamelijk en psychosociaal functioneren van de tweede groep weergegeven. Cognitief functioneert deze groep duidelijk beter dan de eerste. Op stemming en sociaal contact zijn de groepen nagenoeg vergelijkbaar.

Op sociaal contact doen zich bij de tweede groep bij de laatste waarneming minder problemen voor dan bij de eerste waarneming. Voor cognitie geldt hetzelfde. Deze verschillen zijn echter niet significant. Op stemming zijn de verschillen niet zo groot. De eerste waarneming van de tweede groep valt overigens gelijk met de tweede van de rest van het huis, dit in verband met het aanvangstijdstip van de groep.



Figuur 16. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Deelnemers van de tweede groep van 'De Oldenzaag' (n = 9 per waarneming) bij negen waarnemingen (september 1983 - november 1985).

In Figuur 17 is het verloop van het psychosociaal functioneren weergegeven van de bewoners die één jaar aan de tweede groep hebben deelgenomen. Zij blijven op alle drie factoren op gelijk niveau functioneren.

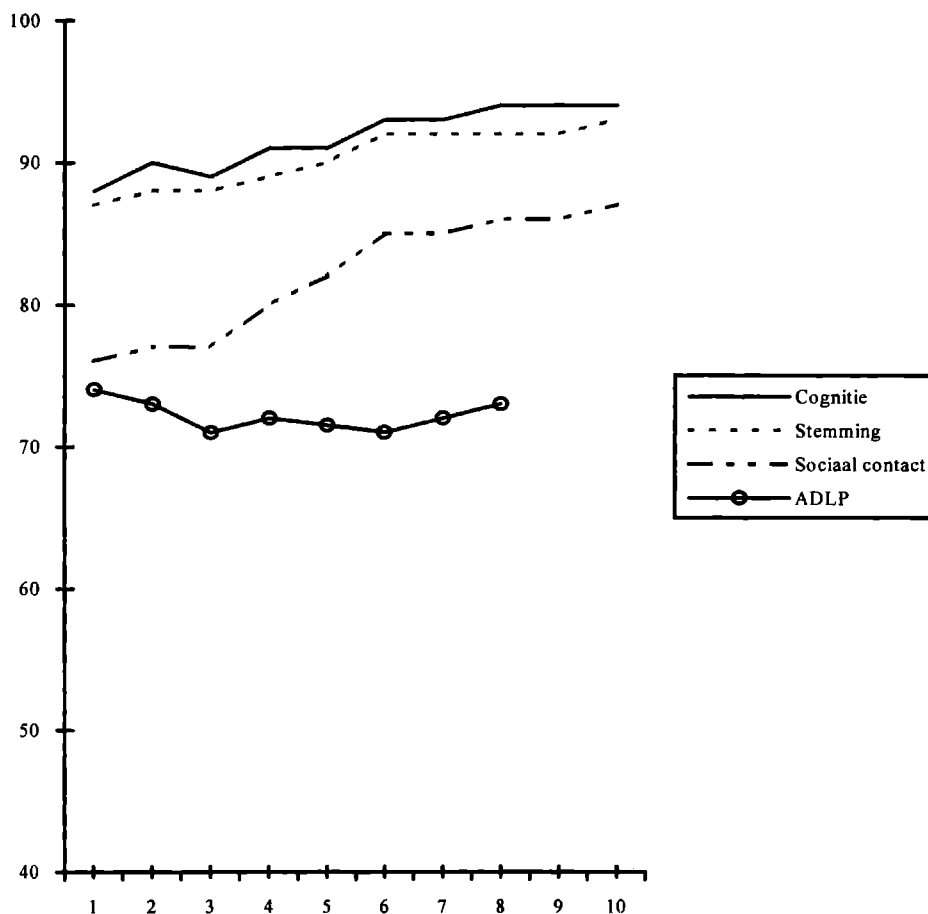


Figuur 17. Gemiddelde scores op cognitie, stemming en sociaal contact in percentages van de maximale score. Bewoners van 'De Oldenzaag' die één jaar aan de tweede groep hebben deelgenomen (n = 8).

Figuur 18. Gemiddelde scores op cognitie, stemming en sociaal contact in percentages van de maximale score. Bewoners van 'De Oldenzaag' die één jaar aan de controlegroep hebben deelgenomen (n = 8).

### 10.4.3 Totale huis

In Figuur 19 is het waargenomen lichamelijk en psychosociaal functioneren van alle bewoners van 'De Oldenhaag' op de tien tijdstippen weergegeven. De onderlinge verhouding van de lijnen is vergelijkbaar met die van de bewoners van 'Zorgvliet' (Van Loveren-Huyben e.a., 1988).



Figuur 19. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Hele verzorgingshuispopulatie van 'De Oldenhaag' (n = 170) bij tien waarnemingen (mei 1983 - november 1985).

Uit de grafiek blijkt dat de problematiek gedurende de onderzoeksperiode niet toeneemt. De lichamelijke hulpbehoefte blijft gelijk. Cognitie en stem-

ming liggen na tweeënhalp jaar op een iets beter niveau dan aan het begin. Op sociaal contact is er bij de tiende waarneming duidelijk sprake van minder problemen dan bij de eerste.

Deze gegevens omvatten ook die bewoners die aan de twee opvanggroepen meedoen. Het niveau van het totale huis is echter veel beter dan dat van beide groepen. Indien wij de deelnemers aan de groepen erbuiten laten, blijft hetzelfde beeld gehandhaafd. Op alle waarnemingen vertoont de leeftijd van de bewoners een significante samenhang met cognitie, sociaal contact en ADLP (Pearson product moment correlaties;  $p < 0.05$ ). De correlaties zijn evenwel erg laag, namelijk tussen 0.14 en 0.38, zodat leeftijd toch weinig van de gevonden variantie verklaart. De enige duidelijke vaststelling is dat de 90-plussers het slechtst functioneren. Deze groep maakt gemiddeld vijf procent van het bewonersbestand uit.

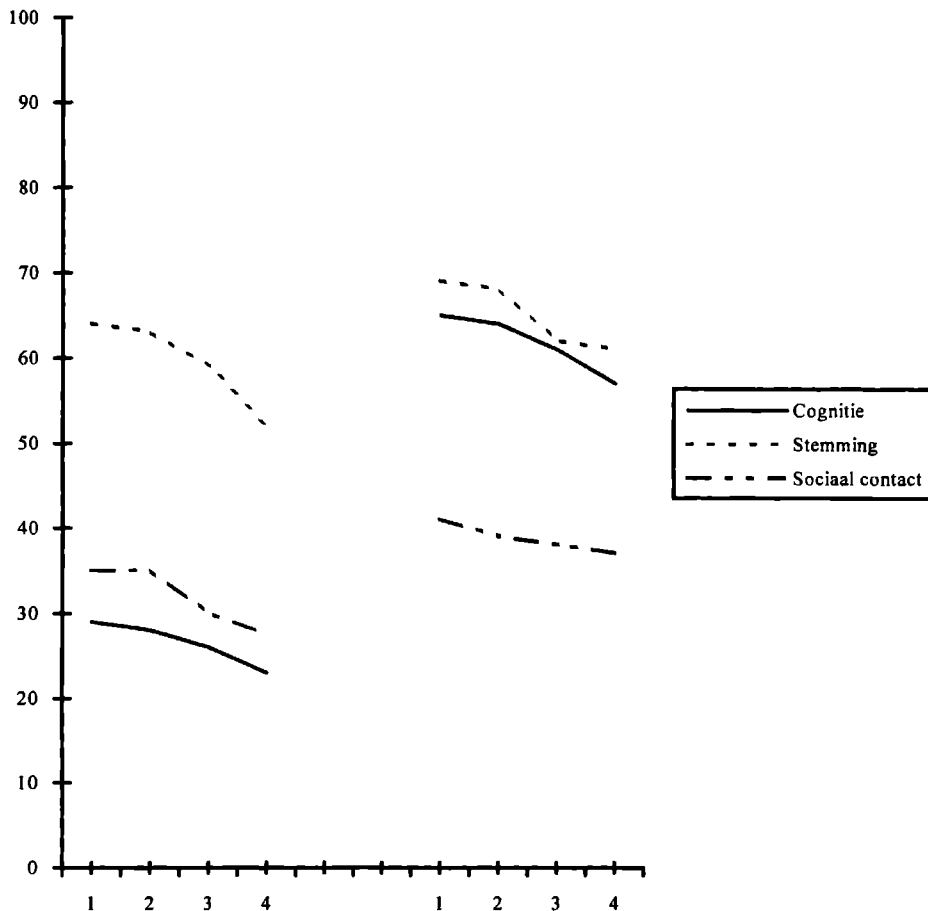
### **10.5 Vergelijking met 'controlegroepen'**

Bij de derde waarneming in 'Zorgvliet' zijn zestien bewoners op cognitief gebied te vergelijken met de eerste groep van 'De Olden Haag'. Deze zestien gaan in het daaropvolgende jaar gemiddeld achteruit in psychosociaal opzicht [Figuur 20], terwijl de negen deelnemers aan de eerste groep van 'De Olden Haag' constant blijven [Figuur 15]. Echter, alleen het verschil op sociaal contact is bij de laatste waarneming significant ( $t = 2.816$ ;  $df = 23$ ).

Met de tweede groep van 'De Olden Haag' zijn, wat betreft het cognitief functioneren, bij de derde waarneming in 'Zorgvliet' 23 bewoners te vergelijken. Ook bij hen is in het daaropvolgende jaar een neergaande trend te bespeuren [Figuur 21], in tegenstelling tot de acht deelnemers uit 'De Olden Haag' die op hetzelfde niveau blijven [Figuur 17]. Op cognitie en sociaal contact zijn de verschillen na een jaar significant ( $t = 3.765$ ;  $df = 29$  respectievelijk  $t = 4.651$ ;  $df = 29$ ).

In Figuur 18 hebben wij de gegevens vermeld van de 'controlegroep' uit 'De Olden Haag' zelf. Dit is een groep van negen bewoners die cognitief op een vergelijkbaar niveau functioneert als de tweede groep, maar niet aan deze groep heeft deelgenomen. Ook deze groep functioneert redelijk stabiel. Vergeleken met de tweede groep is hun stemming iets beter. Dit verschil is echter niet significant.





Figuur 20. Gemiddelde scores op cognitie, stemming en sociaal contact in percentages van de maximale score. 'Zorgvliet': bewoners met een uitgangsscore op cognitie > 20 (n = 16). Waarneming III-VI (december 1981 - september 1982).

Figuur 21. Gemiddelde scores op cognitie, stemming en sociaal contact in percentages van de maximale score. 'Zorgvliet': bewoners met een uitgangsscore  $10 < \text{cognitie} \leq 20$  (n = 23). Waarneming III-VI (december 1981 - september 1982).

### 10.6.1 Resultaten

De groepsopvang in het verzorgingshuis 'De Olden Haag' voor bewoners met ernstige cognitieve problemen heeft ertoe bijgedragen dat zij niet verder achteruit gaan in geestelijk en sociaal opzicht. Bewoners met lichte cognitieve problemen die van een vergelijkbare opvang gebruik hebben gemaakt, gaan eveneens niet achteruit.

Uit het feit dat vergelijkbare groepen uit een ander verzorgingshuis wel achteruit gaan, concluderen wij dat de positieve bevindingen het resultaat zijn van de extra opvang. In 'De Olden Haag' zelf gaat een groep bewoners die cognitief op een vergelijkbaar niveau functioneert als de *tweede groep*, ook niet achteruit en evenmin de totale populatie. Hieruit trekken wij voorzichtig de conclusie dat de opvang gunstige resultaten afwerpt op het functioneren van de totale populatie van het huis. Door het gunstige klimaat in 'De Olden Haag' is wellicht de extra opvang voor bewoners met lichte cognitieve problemen niet per se noodzakelijk. Enig voorbehoud moet bij deze conclusies gemaakt worden, omdat niet met volledige wetenschappelijke zekerheid vastgesteld kan worden of behalve de dagopvang ook andere factoren bijgedragen hebben aan het relatief gunstige verloop in 'De Olden Haag'. De twee vergeleken huizen zijn ook niet in alle opzichten gelijk, qua grootte; historie en kenmerken van de bewoners (leeftijd, zorgbehoefte, aantal religieuzen). Ook de vergeleken 'controlegroepen' zijn slechts gematched op cognitie.

Het effect van de groepsopvang op de rest van het huis wordt in 'De Olden Haag' het duidelijkst omschreven door een lid van de bewonerscommissie: 'Zodra de dagopvang een feit werd, was spoedig alle ongemak (dwalen door het huis, steeds opnieuw dezelfde vraag stellen, voortdurend lastig zijn door te drukken op de bel van de kamers) in het huis verdwenen. De vroegere prettige sfeer is teruggekeerd in ons huis.'

Aangezien de gedragsbeoordeling aan de hand van de BPS, die bijdraagt aan de deskundigheid van het verzorgend personeel (Van Loveren-Huyben e.a., 1988), en de interventie in de vorm van groepsopvang al in 1983 zijn begonnen, was de kans op blijvende positieve effecten aanmerkelijk groter dan bij kortdurende experimenten. Uit ons literatuuroverzicht blijkt dat in het laatste geval bewoners vaak goed reageren op en tijdens de interventie om vervolgens terug te keren tot de oorspronkelijke inactiviteit wanneer de experimentator is vertrokken. In 'De Olden Haag' daarentegen waren effecten ook meetbaar op de afdelingen zelf waar de BPS-beoordelingen tot stand komen. Met andere woorden: het effect

van de groepsopvang was ook buiten de directe interventiesituatie vast te stellen. In 'De Olden Haag' is bovendien expliciet aandacht besteed aan de integratie van het project binnen het totale huis. De bezoekers van de groepsopvang blijven op hun eigen kamer wonen en worden niet op een speciale afdeling geplaatst. Hierdoor verblijven zij temidden van de andere bewoners en blijft het afdelingspersoneel direct bij hen betrokken.

### **10.6.2      Kanttekeningen**

In de wereld van de verzorgingshuizen en hun organisaties wordt groepsopvang, vaak ook groepsverzorging genoemd, momenteel als dé oplossing gezien om met de toenemende problematiek van de bewoners om te gaan (Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties, 1987). Ondanks de positieve resultaten die wij hebben gevonden zijn wij toch terughoudend bij het introduceren van groepsopvang in verzorgingshuizen. Iedere vorm van groepsbenadering (ziekenboeg, groepsverzorging) zal in de beginfase een positief effect kunnen hebben op het leef- en werkklimaat. In de rest van het huis kan meer aandacht worden gegeven aan de andere bewoners. De werkdruk vermindert, doordat 'probleemgevallen' in een afzonderlijke groep opgevangen worden. Deze aanpak kan echter snel ten nadele gaan werken. In de eerste plaats dreigt overbelasting van degenen die in de groepsopvang werken. Afdelingen (zowel bewoners als personeel) zijn sneller geneigd om bewoners als kandidaat voor de groepsopvang aan te wijzen. Bovendien dreigt er gevaar voor stigmatisering en vermindering van tolerantie. Men houdt er vaak onvoldoende rekening mee dat sommige vormen van achteruitgang tijdelijk van aard kunnen zijn en verwijzing naar bijzondere opvang dan niet terecht is.

De groepsbenadering is alleen onder bijzondere omstandigheden zinvol, bijvoorbeeld wanneer men ernaar streeft om opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis te voorkomen of zo lang mogelijk uit te stellen, eventueel in samenwerking met een verpleeghuis(arts). In dit geval gaat het om een specifieke doelstelling en doelgroep, die een zekere specialisatie vragen. Hetzelfde geldt voor de zorg voor (het leefklimaat van) zintuiglijk gehandicapte bewoners. De groepsbenadering is géén goede oplossing wanneer doelstelling, doelgroep en benodigde kwaliteit van zorg niet scherp zijn geformuleerd. Bovendien (zo blijkt ook uit de literatuur) dient de extra opvang door de gehele omgeving gedragen te worden en geïntegreerd te zijn in het dagelijks leven.

Indien aan deze eisen is voldaan, is groepsopvang in het verzorgingshuis zelf te prefereren boven dagopvang/dagbehandeling elders, omdat de bewoners in hun eigen omgeving kunnen blijven. De bewonerscommissie van 'De Olden Haag' formuleert het als volgt: 'Het is een grote geruststelling voor alle bewoners dat,

wanneer men onverhoopt zelf gestoord raakt, men niet dadelijk weggestuurd hoeft te worden.'

Wij willen nog eens benadrukken dat het aantal bewoners dat in aanmerking komt voor een groepsopvang (vooralsnog) beperkt is. In 'De Olden Haag' komt gemiddeld tien procent van alle bewoners in aanmerking voor de groepsopvang. In andere verzorgingshuizen zijn wij vergelijkbare percentages tegengekomen.

Geconcludeerd kan worden dat de hier beschreven groepsopvang zijn doel heeft bereikt: zowel bij de deelnemers als in het totale verzorgingshuis heeft men over het algemeen een verdere teruggang op psychisch en sociaal gebied weten te voorkomen.

## **10.7        Samenvatting**

In het verzorgingshuis 'De Olden Haag' is voor bewoners die een indicatie hebben voor een psychogeriatrisch verpleeghuis, in 1983 een interventieprogramma in de vorm van een groepsopvang opgezet. De opvang heeft ertoe bijgedragen dat deze bewoners niet verder achteruit zijn gegaan in geestelijk en sociaal opzicht. Ook bewoners met lichte cognitieve problemen gaan na deelname aan een vergelijkbare groepsopvang niet achteruit. Vergelijkbare 'controlegroepen' uit een ander verzorgingshuis vertonen daarentegen wel een achteruitgang in geestelijk en sociaal opzicht. De groepsopvang lijkt bovendien zijn weerslag op de totale populatie van 'De Olden Haag' te hebben gehad. Als geheel vertoont deze evenmin een achteruitgang. Voorwaarde voor het welslagen van een dergelijk interventieprogramma is wel dat het project door alle medewerkers wordt gedragen, en dat het geïntegreerd is in de dagelijkse gang van zaken in het verzorgingshuis. Daarnaast is noodzakelijk dat de doelgroep en de doelstelling duidelijk zijn omschreven.

## **11. De laatste levensfase\***

### **11.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk staan de meest kwetsbare bewoners van het verzorgingshuis centraal: zij die in de laatste fase van hun leven verkeren. In Hoofdstuk 9 hebben wij laten zien dat het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van bewoners door externe omstandigheden gunstig beïnvloed kan worden. Het functioneren van degenen die 'uitvallen', door overlijden of overplaatsing naar een verpleeghuis, lijkt in hun laatste jaar in het verzorgingshuis niet te veranderen als gevolg van externe maatregelen. Momenteel beschikken wij over gegevens van een groter aantal overleden personen en kunnen wij hun functioneren in de laatste levensfase nader analyseren.

### **11.2 Probleemstelling**

Achteruitgang in het functioneren van ouderen wordt voor een groot deel veroorzaakt door de omstandigheden waarin zij verkeren, en is geen intrinsiek proces dat onlosmakelijk met het ouder worden in chronologische zin samenhangt. Deze stelling zagen wij eerder bevestigd [zie Hoofdstuk 9]. Zelfs bij de (zeer) oude mensen die in het verzorgingshuis wonen, zijn er mogelijkheden om het functioneren positief te beïnvloeden.

Wel hebben wij in Hoofdstuk 9 vastgesteld dat bij bewoners die in de laatste fase van hun leven verkeren, een achteruitgang in het lichamelijk en psychosociaal functioneren te zien is (zie ook Deeg e.a., 1988). In lichamelijk opzicht is er de laatste maanden vóór overlijden sprake van een versnelde achteruitgang (terminal drop). Cognitief, emotioneel en sociaal verloopt de achteruitgang geleidelijker (terminal decline). Organisatorische maatregelen ter optimalisering van de zorgverlening lijken dus op de 'uitval' vooralsnog geen effect te hebben.

Deze gegevens lijken in de literatuur hun bevestiging te vinden. Er zijn vele aanwijzingen dat in de periode voorafgaand aan overlijden sprake is van een achteruitgang in functioneren, met name lichamelijk en cognitief (Siegler, 1975; Schaie en Willis, 1986).

In een overzichtsartikel heeft Siegler acht longitudinale studies met elkaar vergeleken: Kleemeier 1962; Jarvik en Falek, 1963; Blum en Jarvik, 1969; Berkowitz, 1965; Reimanis en Green, 1971; Lieberman, 1965 en 1966; Lieberman en Coplan, 1970; Riegel, Riegel en Meyer, 1967; Riegel en Riegel,

---

\* Oorspronkelijk verschenen als: CMS van Loveren-Huyben, PAJM Bronts en JA van der Bom. Het verzorgingshuis: een bron van toernemende zorg (5). De laatste levensfase. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1992; 23; 2-11.

1972; Savage, Britton, Bolton en Hall, 1973; Wilkie en Eisdorfer, 1974 (zie ook Jarvik en Blum, 1979; Steuer, LaRue, Blum en Jarvik, 1981; Palmore en Cleveland, 1976). In alle studies is het cognitief functioneren in verband gebracht met overleving en afstand tot de dood. Op één uitzondering na (Chicago-onderzoek) zijn in alle studies versies van de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) gehanteerd voor het cognitief functioneren. In het Chicago-onderzoek zijn de Bender-Gestalt-test en enkele projectietests gebruikt (Reimanis en Green, 1971). De duur van het onderzoek varieerde van één tot twintig jaar en het tijdsinterval tussen de metingen liep uiteen van drie weken tot tien jaar. Ook de populaties vertoonden grote verschillen: zelfstandig in de wijk wonende ouderen, oorlogsveteranen, psychiatrische patiënten, chronisch zieken en verzorgingshuisbewoners. Bij de gezonde populaties werd een samenhang gevonden tussen het intellectueel functioneren en overleving, in die zin dat degenen die overleefden beter functioneerden. In de drie studies met geïnstitutionaliseerde ouderen (Chicago-onderzoek, Moosehaven en Bath-Va), bij wie sprake was van een minder goede fysieke gezondheid, was deze samenhang niet zo duidelijk aanwezig. Siegler trekt hieruit de conclusie dat fysieke gezondheid niet alleen belangrijk is om te overleven, maar ook voor het in stand houden van cognitieve vaardigheden. Daartegenover staat dat cognitief functioneren één van de factoren is die invloed heeft op overleven (Coleman, 1989). Hoewel wij geen onderzoek hebben gedaan naar overleven, dienen deze studies voor ons toch als uitgangspunt om inzicht te krijgen in het functioneren van mensen in de periode voorafgaand aan het overlijden.

Op basis van een nadere analyse van het verloop van het intellectueel functioneren bij deelnemers aan de Duke-studie (wijkbewoners) kwamen ook Manton, Siegler en Woodbury (1986) tot de conclusie dat minstens een deel van de cognitieve achteruitgang samenhangt met de toenemende prevalentie van gezondheidsproblemen met het ouder worden.

Schaie en Willis (1986) kwamen eveneens tot de slotsom dat de cognitieve achteruitgang in de laatste levensfase een afspiegeling is van de premortale lichamelijke achteruitgang. Volgens hen is in de periode voorafgaand aan het sterven sprake van een dysfunctioneren van sommige organische systemen. Met name het cardiovasculaire systeem zou minder goed gaan werken, waardoor de toevoer van zuurstof naar de hersenen minder wordt en deze minder goed gaan functioneren. Manton e.a. (1986) concludeerden dat bij personen die hun fysieke en mentale gezondheid behouden, ook een goede cognitieve prestatie behouden zou kunnen worden. Door de gezondheidstoestand te verbeteren kan volgens Manton e.a. daarop invloed worden uitgeoefend. Recent onderzoek toonde ook de mogelijkheid aan hierin in te grijpen (Rowe en Kahn, 1987; Bashore, 1989).

In lichamelijk opzicht blijken incontinentie, verminderde mobiliteit en meer hulp bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) samen te hangen met mortaliteit (Brody e.a., 1972; Linn, Linn en Stein, 1975; Brauer, Mackeprang en Bentzon, 1978; Diesfeldt, 1979; Goldfarb, 1979; Donaldson, Clayton en Clarke, 1980; Kalchauer, 1982; Whitehead, 1982; Sheikh, Brennan, Meade, Smith en Goldenberg, 1983; Shelton en Campbell, 1986). Volgens Brauer e.a. (1978) zijn de waargenomen veranderingen het resultaat van onderliggende ziekten of processen die met het ouder worden samenhangen. Met name de behoefte aan verzorging is volgens hen verantwoordelijk voor een essentieel deel van de variaties in mortaliteit. Al deze studies hebben overigens betrekking op ouderen die in een (psychiatrisch) ziekenhuis of verpleeghuis verbleven.

Over veranderingen in emotioneel en sociaal opzicht in de periode voor overlijden bestaat geen eenduidigheid in de literatuur (Lieberman, 1965; Reimanis en Green, 1971; Brody e.a., 1972; Botwinick e.a., 1978; Diesfeldt, 1979).

Op basis van de literatuur kunnen wij concluderen dat er in de laatste levensfase vooral sprake is van een verminderd lichamelijk functioneren. Ook cognitief functioneren degenen die gaan overlijden minder goed dan degenen die overleven. Het cognitief functioneren blijkt evenwel in hoge mate samen te hangen met de lichamelijke gezondheid: als men lichamelijk achteruit gaat, gaat men cognitief ook achteruit. Met name bij geïnstitutionaliseerde ouderen blijkt dit het geval te zijn. Voor zover ons bekend, is echter nooit de vraag beantwoord of het institutionele klimaat invloed uitoefent op de achteruitgang die in de laatste levensfase optreedt.

In deze studie vragen wij ons af of het functioneren van verzorgingshuisbewoners in de laatste fase van hun leven te beïnvloeden is door externe omstandigheden. Meer specifiek: hebben veranderingen in de organisatie invloed op het lichamelijk en psychosociaal functioneren van bewoners die, naar achteraf blijkt, in de laatste fase van hun leven verkeren?

In Hoofdstuk 9 hebben wij beschreven dat in het verzorgingshuis 'Zorgvliet' veranderingen zijn aangebracht in de organisatie en de werkwijze van het personeel. Kort gezegd kwamen deze erop neer dat door een kleinschaliger opzet van de organisatie en een bewonersgerichte aanpak, de persoonlijke relatie tussen het personeel en de bewoners werd bevorderd en de bewoner meer betrokken werd bij zijn dagelijkse verzorging. Daarnaast is ook de ziekenafdeling opgeheven.

Wij vragen ons nu af of deze veranderingen invloed hebben op het functioneren van de bewoners die in de laatste fase van hun leven verkeren. Dus: bestaat er een verschil tussen de bewoners die vóór en die na de organisatieveranderingen zijn overleden?

### 11.3 Methoden en onderzoeksgroepen

Met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS; zie Van Loveren-Huyben e.a., 1988) en de schaal Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen Personeel (ADLP) zijn van juni 1981 tot en met december 1986 alle bewoners van het verzorgingshuis 'Zorgvliet' driemaandelijks beoordeeld door het personeel.

Wij beschikken in totaal over 23 waarnemingen. Iedere waarneming heeft betrekking op ongeveer 300 bewoners. In totaal zijn in de onderzoeksperiode 504 bewoners kortere of langere tijd door het personeel beoordeeld. Tussen waarneming elf en twaalf hebben de genoemde organisatieveranderingen plaatsgevonden.

In Tabel 11 staat een overzicht van de groepen bewoners van wie de gegevens in dit hoofdstuk worden geanalyseerd. In de eerste plaats gaat het om de 146 bewoners die de laatste periode vóór hun overlijden zijn gevolgd (*alle overledenen*). Wij beschikken van deze bewoners over vier waarnemingen in de laatste levensfase. Steeds is kort na het overlijden een BPS van de betreffende bewoner ingevuld. Doordat om de drie maanden de observaties zijn verricht, kan de tijd tussen de laatste\*<sup>1</sup> en de voorlaatste waarneming vóór overlijden enigszins variëren. Gezien het grote aantal overlijdens mag verwacht worden dat de gemiddelde tijd tussen deze twee waarnemingen zes weken is. De waarneming daarvoor ligt gemiddeld op 19 weken vóór het overlijden en die daarvoor op 32 weken. In de tekst spreken we in dit laatste geval over acht maanden vóór overlijden.

De totale groep overledenen is weer onderverdeeld in twee groepen: 78 bewoners die vóór de organisatieveranderingen zijn overleden (*groep 1*) en 46 van wie de laatste acht maanden erna vielen (*groep 2*). Van 22 bewoners vielen de organisatieveranderingen binnen de laatste acht maanden van hun leven; wij hebben hen verder buiten de analyses gehouden.

Uit zowel groep 1 als 2 is vervolgens een subgroep geselecteerd, bestaande uit bewoners van wie acht waarnemingen voor hun overlijden beschikbaar zijn. De eerste ligt 20 maanden (ruim anderhalf jaar) verwijderd van het tijdstip van

---

\* In de figuren wordt de laatste waarneming vóór overlijden aangeduid met observatienummer 1, de voorlaatste met 2 enzovoort.



overlijden. Vóór de organisatieveranderingen betreft dit 33 bewoners (*groep 1a*) en erna 25 (*groep 2a*).

Tabel 11 geeft een overzicht van de persoonskenmerken van de groepen. Daaruit blijkt dat zij met betrekking tot geslacht, burgerlijke staat, leeftijd en verblijfsduur vergelijkbaar zijn.

Tabel 11. Geslacht, leeftijd, burgerlijke staat en verblijfsduur van de bewoners van 'Zorgvliet' die acht maanden of ruim anderhalf jaar vóór overlijden zijn gevolgd, verdeeld naar overlijden vóór of na de organisatieveranderingen. De gegevens hebben betrekking op de laatste beschikbare waarneming.

	<i>organisatieveranderingen</i>		<i>totaal</i>
	<i>vóórdien overleden</i>	<i>nadien overleden</i>	<i>alle overledenen</i>
	<b>groep 1</b>	<b>groep 2</b>	
aantal	78	46	146
% vrouw	68	59	64
% gehuwd / % weduwe	10 / 81	15 / 65	12 / 75
leeftijd: $\bar{x}$ (sd)	84,9 (5,4)	86,9 (6,1)	86,1 (5,9)
verblijfsduur: $\bar{x}$ (sd)	7,3 (5,9)	6,1 (5,2)	7,1 (6,4)
aantal waarnemingen	4	4	4
periode (vóór overlijden)	laatste 8 maanden	laatste 8 maanden	laatste 8 maanden
	<b>groep 1a</b>	<b>groep 2a</b>	
aantal	33	25	
% vrouw	61	64	
% gehuwd / % weduwe	9 / 88	16 / 56	
leeftijd: $\bar{x}$ (sd)	85,5 (4,9)	86,4 (6,7)	
verblijfsduur: $\bar{x}$ (sd)	7,6 (5,3)	7,8 (8,1)	
aantal waarnemingen	8	8	
periode (vóór overlijden)	laatste 1½ jaar	laatste 1½ jaar	

Naast deze groepen die, naar achteraf is gebleken, minder dan twee jaar van hun overlijden verwijderd zijn, komen in dit hoofdstuk ook de gegevens aan bod van degenen die niet in de laatste fase van hun leven verkeren. Het betreft 62 bewoners die alle 23 waarnemingen in het onderzoek betrokken waren en twee

jaar na de laatste waarneming (december 1988) nog leefden. Zij vormen de groep 'overlevenden'. Van deze 62 bewoners is 82% vrouw. Achttien procent is gehuwd en 65% is weduwe of weduwnaar. Bij de laatste waarneming waren zij gemiddeld 87,1 jaar oud (standaarddeviatie = 5,4) en woonden zij gemiddeld 12,1 jaar (standaarddeviatie = 6,6) in 'Zorgvliet'. De gegevens van deze groep hebben wij opgesplitst naar de periode vóór de organisatieveranderingen en de periode erna. De groep die overleeft, onderscheidt zich uitsluitend door de lange verblijfsduur van de overledenen. De andere persoonskenmerken zijn vergelijkbaar.

## **11.4 Vraagstelling**

Om het functioneren van bewoners in de laatste levensfase nader te analyseren stellen wij ons in dit hoofdstuk de volgende vragen:

1. Bestaat er een verschil in lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren tussen de bewoners die overlijden en degenen die overleven?
2. Is het functioneren van degenen die overlijden in de periode voorafgaand aan het sterven te beïnvloeden door externe omstandigheden?

Om de eerste vraag te kunnen beantwoorden vergelijken wij het niveau en het verloop van het functioneren van de totale groep 'overledenen' met de 'overlevenden'. Voor de beantwoording van de tweede vraag vergelijken wij degenen die vóór de organisatieveranderingen zijn overleden met hen die erna zijn overleden. In eerste instantie vergelijken wij de groepen die gedurende acht maanden vóór hun overlijden zijn gevolgd (*groep 1* en *2*). Daarna beschrijven wij de gegevens van hen die ruim anderhalf jaar vóór overlijden zijn gevolgd (*groep 1a* en *2a*). De resultaten worden op twee manieren weergegeven. Eerst wordt ingegaan op de groepsgemiddelden. Hierbij wordt binnen een groep gekeken naar ontwikkelingen die zich daarin voordoen. Tussen groepen wordt statistisch getoetst of er verschillen bestaan. Vervolgens worden de meest opvallende kenmerken van de groepen op lichamelijk en psychosociaal gebied besproken. Hierbij wordt ondermeer aandacht besteed aan het percentage bewoners dat ernstige problemen vertoont.

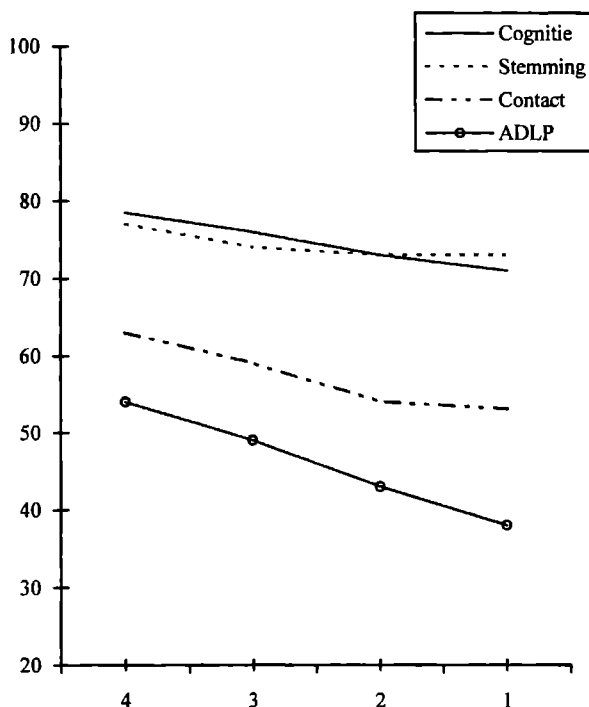
## **11.5 Resultaten**

### **11.5.1 Overledenen versus overlevenden**

#### *11.5.1.1 Groepsgemiddelden*

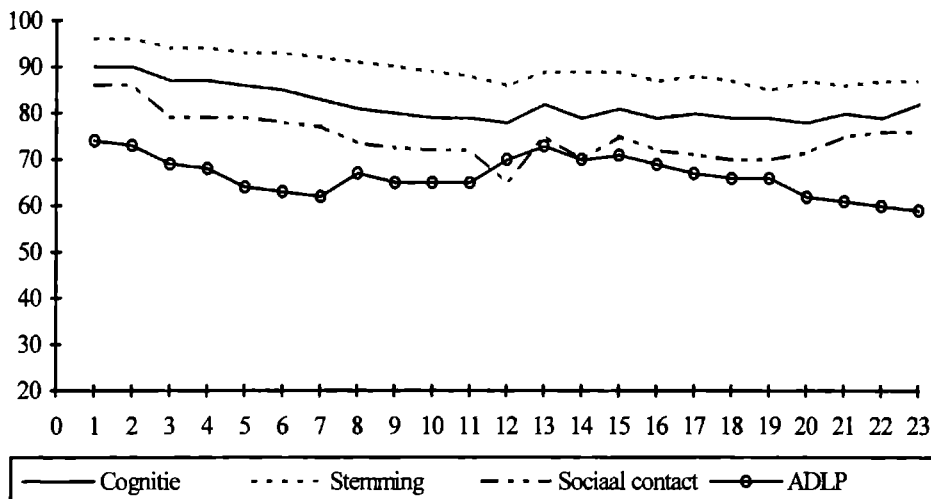
In Figuur 22 is het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de totale groep van 146 overledenen weergegeven. De scores zijn uitgedrukt in percentages van de maximale (= optimale = 100) score. Op alle onder-

zochte aspecten (cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP) is de toestand bij de laatste waarneming vóór overlijden slechter dan acht maanden vóór overlijden. Cognitief en lichamelijk is er sprake van een continue achteruitgang. Op stemming is de achteruitgang tussen acht en vijf maanden vóór overlijden het sterkst, op sociaal contact tussen acht maanden en zes weken.



Figuur 22. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score, vier waarnemingen vóór overlijden. Totale groep (n = 146).

In Figuur 23 is het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren weergegeven van de groep die in december 1988 nog leefde (de groep 'overlevenden'). Het meest opvallende verschil met de overledenen is dat het niveau van functioneren van de overlevenden beduidend beter is. Op alle factoren is namelijk het verschil tussen de slechtste scores van de groep overlevenden significant beter dan de beste scores van de groep overledenen ( $t > 2.01$ ). Maar toch is ook bij hen het functioneren op alle gebieden bij de laatste waarneming significant slechter dan vijfenhalf jaar tevoren ( $-3.12 \leq t \leq -2.25$ ;  $df = 60$ ;  $p < 0.05$ ). Op de invloed van de organisatieveranderingen komen wij nog apart terug.



Figuur 23. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score. Groep overlevenden (n = 62) bij 23 waarnemingen (juni 1981 - december 1986).

#### 11.5.1.2 Specifieke groepskenmerken

Het grootste verschil tussen de 146 overledenen en de overlevenden doet zich voor op de lichamelijke hulpbehoevendheid: bij de laatste waarneming vóór overlijden is 53% lichamelijk zwaar hulpbehoevend tegenover 18% van de overlevenden bij hun laatste waarneming (= waarneming 23). Bij de overledenen gaat in 16% van de gevallen deze hulpbehoevendheid gepaard met ernstige problemen<sup>\*</sup> op alle drie de psychosociale gebieden, terwijl bij de overlevenden deze combinatie in het geheel niet voorkomt. Slechts bij één overlevende gaat de lichamelijke hulpbehoevendheid gepaard met ernstige cognitieve problemen en in vier gevallen met ernstige contactproblemen. Bij de overledenen worden bij de helft naast de lichamelijke hulpbehoevendheid ook sociale problemen gesignaleerd. In de meeste gevallen gaan deze tevens samen met cognitieve problemen.

\* Bij cognitie (met een scorebereik van 0 - 44) duidt een score > 20 op ernstige of zeer ernstige problemen. Bij stemming (scorebereik 0 - 28) en sociaal contact (scorebereik 0 - 20) is bij een score > 12 sprake van ernstige of zeer ernstige problematiek. Bij ADLP (scorebereik 0 - 16) zijn bewoners met een score > 10 in hoge mate hulpbehoevend.

Uit correlatieberekeningen blijkt dat bij de overlevenden gemiddeld acht procent van de variantie in het psychosociaal functioneren verklaard wordt door de lichamelijke hulpbehoefendheid. Bij de overledenen ligt dit percentage op vijftien.

Uit een nadere analyse van de items van de BPS en de ADLP blijkt dat de overledenen gekenmerkt worden door een zich afsluiten van de buitenwereld: de meeste bewoners (twee derde) zijn in zichzelf gekeerd, trekken zich terug en hebben geen omgang met medebewoners. Bij drie kwart van de overledenen komt in meerdere of mindere mate eenzaamheid en neerslachtigheid voor. Bij de overlevenden is 45% volgens het personeel af en toe eenzaam en neerslachtig. Opvallend is dat in deze groep de antwoordcategorieën 'vaak' en 'zeer vaak' nauwelijks voorkomen, bij de overledenen bij de helft.

Van de overledenen krijgt ongeveer de helft volledige hulp bij de dagelijkse lichamelijke verzorging, bij de overlevenden slechts 15%. Deze gegevens hangen nauw samen met de mobiliteit van de bewoners: de helft van de overledenen heeft ernstige mobiliteitsproblemen, van de overlevenden 21%. Uiteraard hangen de psychosociale problemen ook hiermee samen. Bij de overlevenden wordt een kwart van de sociale problematiek verklaard door de mobiliteit (Spearman rank correlation:  $r = 0.52$ ). Bij de overledenen ligt de verklaarde variantie op veertien procent. Tussen cognitie en mobiliteit ligt de verklaarde variantie in beide groepen op elf procent. De samenhang tussen stemming en mobiliteit is te verwaarlozen ( $r = 0.18/0.22$ ).

Een ander opvallend verschil tussen beide groepen is dat bij de overledenen aanmerkelijk meer verpleegkundige handelingen worden verricht. De handelingen die bij de overlevenden voorkomen, hebben bovendien bij twee derde uitsluitend betrekking op het verstrekken van medicijnen. Het aantal te verrichten verpleegkundige handelingen kan, naast de ADLP, gezien worden als een extra indicatie voor de lichamelijke gezondheid van de bewoners. De samenhang met het psychosociaal functioneren is in beide onderzochte groepen erg laag ( $0.11 < r < 0.32$ ).

## **11.5.2 Overlevenden vóór en na de organisatieveranderingen**

### **11.5.2.1 Groepsgemiddelden**

In deze paragraaf gaan wij na of er een verschil bestaat in het functioneren van de groep overlevenden in de periode vóór en na de organisatieveranderingen [Figuur 23]. Met behulp van tijdreeksanalyses (TIDA= Time Data Analyses) hebben wij getoetst of er een verschil bestaat in het verloop in genoemde perioden (Oud e.a., 1986). Voor alle duidelijkheid wijzen wij erop dat hier een toetsing van het *proces* plaatsvindt. Tussen waarneming één en het moment van interventie (tussen waarneming elf en twaalf) gaan de overlevenden op cognitie, stemming en sociaal contact significant achteruit ( $6.20 \leq F \leq 7.65$ ;  $df = 1$  en  $60$ ;  $p < 0.05$ ). Op ADLP verloopt de achteruitgang in deze periode vóór de organisatieveranderingen zeer geleidelijk. Na de interventie is er op cognitie, stemming en sociaal contact geen verdere achteruitgang, gemiddeld blijven deze bewoners dan op eenzelfde niveau functioneren. Lichamelijk treedt, na een verbetering kort na de interventie, wederom een geleidelijke achteruitgang op. Bij waarneming 23 zit de groep overlevenden lichamelijk weer op het niveau van vóór de organisatieveranderingen. Zij hebben als het ware twee jaar gewonnen. Het psychosociaal functioneren ontwikkelt zich gemiddeld dus los van de lichamelijke hulpbehoefte.

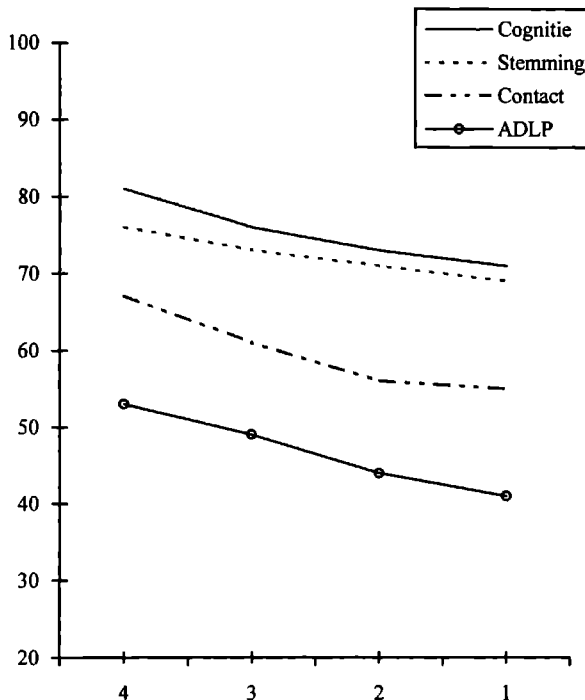
### **11.5.2.2 Specifieke groepskenmerken**

Bij de vergelijking tussen de overledenen en de overlevenden zijn de meest opvallende kenmerken van de overlevenden reeds aan bod gekomen. Rond het tijdstip van de organisatieveranderingen zijn nog enkele gegevens het vermelden waard. Het percentage bewoners dat géén hulp nodig heeft bij de dagelijkse verzorging ligt kort na de organisatieveranderingen iets hoger dan ervoor (dertien versus tien procent). Op cognitie is met name het aantal bewoners met ernstige of zeer ernstige problemen afgenomen: van elf naar drie procent. Op stemming en sociaal contact doen zich tussen waarneming elf en twaalf geen noemenswaardige verschuivingen voor.

## **11.5.3 Acht maanden vóór overlijden: vóór en na de organisatieveranderingen**

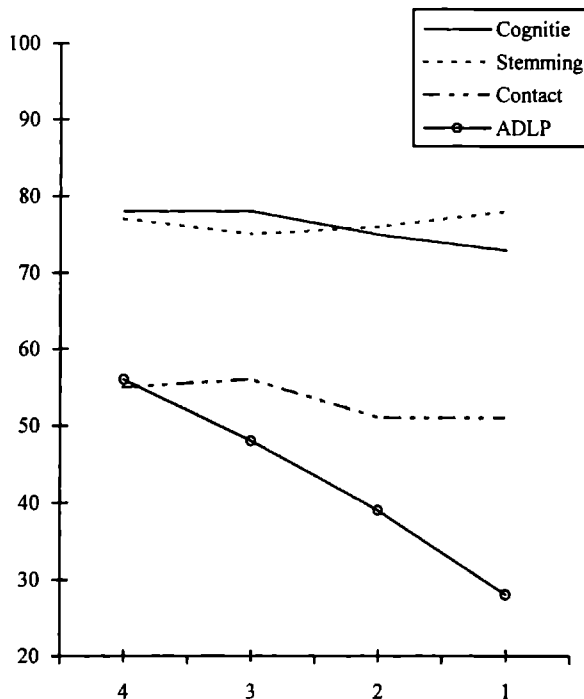
### **11.5.3.1 Groepsgemiddelden**

In deze paragraaf vergelijken wij groep 1: bewoners die vóór de organisatieveranderingen zijn overleden [Figuur 24] met groep 2: bewoners die nadien zijn overleden [Figuur 25].



Figuur 24. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score, vier waarnemingen vóór overlijden. Groep 1 (n = 78) vóór de organisatieveranderingen.

Acht maanden vóór overlijden is het cognitief, stemmings- en lichamelijk functioneren van beide groepen van vergelijkbaar niveau. Alleen het sociale contact van groep 2 is op dat moment slechter dan dat van groep 1 ( $t = -2.04$ ;  $df = 122$ ;  $p < 0.05$ ). Over de gehele periode genomen is echter ook het verschil in niveau op sociaal contact niet significant. In lichamelijk opzicht gaat groep 2 harder achteruit ( $F = 56.58$ ;  $df = 1$  en  $122$ ;  $p < 0.0001$ ), waardoor op het einde een aanmerkelijk verschil in niveau tussen beide groepen bestaat. De toestand van groep 1 is de laatste waarneming vóór overlijden op alle gebieden significant slechter dan 12 maanden vóór overlijden ( $t \leq -5.03$ ;  $df = 77$ ;  $p < 0.001$ ). Groep 2 blijft, ondanks een aanzienlijke achteruitgang op lichamelijk gebied, in psychosociaal opzicht op eenzelfde niveau functioneren. Het psychisch en sociaal functioneren ontwikkelt zich ook hier los van de lichamelijke hulpbehoefte.



Figuur 25. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score, vier waarnemingen vóór overlijden. Groep 2 (n = 46) na de organisatieveranderingen.

Dit blijkt ook uit correlatieberekeningen: in groep 2 worden de correlaties tussen ADLP enerzijds en de BPS-factoren anderzijds kleiner naarmate het moment van overlijden nadert. De laatste waarneming vóór overlijden is alleen nog de correlatie met cognitie significant ( $r = 0.47$ ), terwijl acht maanden vóór overlijden alle correlaties statistisch significant waren ( $0.47 < r < 0.60$ ;  $p < 0.05$ ). In groep 1 blijven alle correlaties tussen het lichamelijk en psychosociaal functioneren gedurende de gehele periode statistisch significant.

#### 11.5.3.2 Specifieke groepskenmerken

Het meest opvallende verschil tussen de groepen die vóór en na de organisatieveranderingen acht maanden voor hun overlijden zijn gevolgd (respectievelijk groep 1 en 2) is dat in groep 2 de lichamelijke hulpbehoefvheid de laatste waarneming vóór overlijden erg groot is: bijna de helft van de bewoners is volledig hulpbehoefvend (score 15-16); in groep 1 gaat het hier om twaalf procent. In groep 2 worden ook meer verpleegkundige handelingen ver-



richt dan in groep 1. De zware lichamelijke hulpbehoevendheid gaat in groep 2 slechts in een enkel geval gepaard met ernstige psychosociale problemen op alle gebieden. In groep 1 komt ernstige psychosociale problematiek in combinatie met lichamelijke hulpbehoevendheid in een kwart van de gevallen voor.

Opvallend is verder dat in groep 2 op cognitie de ernstigste problemen niet voorkomen, in groep 1 bij elf procent. In groep 2 is het percentage bewoners met ernstige stemmingsproblemen (score > 12) geringer dan in groep 1 en hebben relatief meer bewoners géén problemen (score 0). Het aanvankelijke verschil in sociaal functioneren tussen beide groepen verdwijnt naarmate men dichter bij het overlijden staat. Het percentage met ernstige problemen (score > 12) neemt in groep 1 toe tot 36%, in groep 2 staat het gedurende de gehele periode op ongeveer 35%.

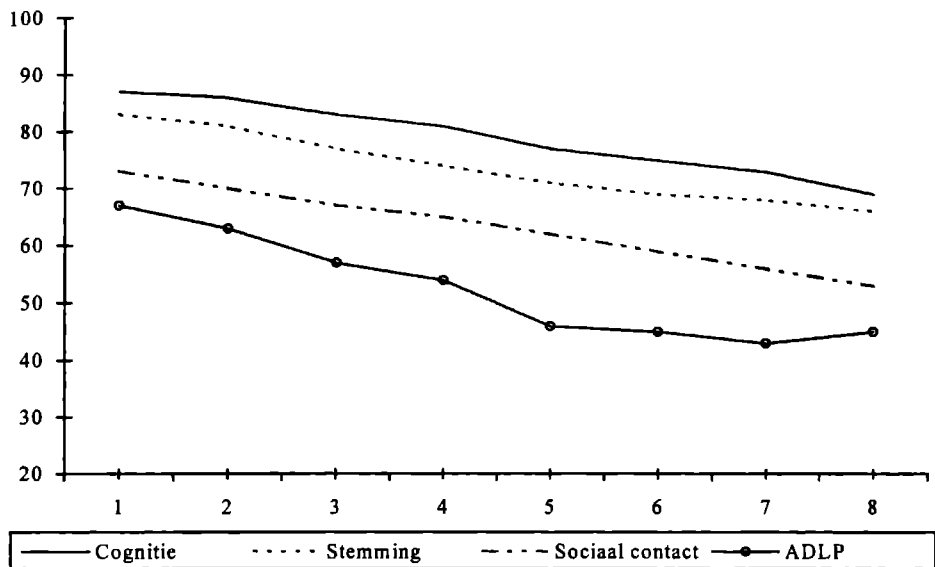
De sociale problematiek hangt samen met de mobiliteit van de bewoners: in beide groepen wordt ongeveer zestien procent van de variantie in sociaal contact verklaard door mobiliteit (Spearman rank correlatie;  $r = 0.39/0.41$ ).

Uiteraard houdt ook de mobiliteit verband met de lichamelijke hulpbehoevendheid. In groep 2, waar de mobiliteit het slechtst is, krijgen meer bewoners thee en koffie op hun kamer gebracht (85% versus 65% in groep 1), hebben er meer hulp nodig bij het naar het toilet gaan (70% versus 26%) en zijn er meer incontinent (65% versus 40%). Het grootste verschil tussen beide groepen doet zich voor op item 18 (snel overstuur als kleine dingen fout gaan): in groep 2 komt dit bij 70% nooit voor, tegenover 35% in groep 1. In groep 2 wordt verder minder aan anderen de schuld gegeven van moeilijkheden, wordt minder onsamenvattend gepraat en is men minder wantrouwend en veeleisend. Bovendien is men in groep 2 coöperatiever, dwaalt men in een gesprek minder vaak van een onderwerp af en heeft men minder moeite met het nemen van beslissingen. Kortom: de relatie tussen personeel en bewoners is na de organisatieveranderingen beter dan ervoor. Op de relationele en communicatieve items wordt beter gescoord, en dit bij toenemende lichamelijke problematiek.

#### **11.5.4      *Ruim anderhalf jaar vóór overlijden: vóór en na de organisatieveranderingen***

##### **11.5.4.1      *Groepsgemiddelden***

In deze paragraaf vergelijken wij de groepen 1a [Figuur 26] en 2a [Figuur 27] met elkaar. Het uitgangsniveau van beide groepen is op geen enkele factor significant verschillend (t-toets,  $p < 0.05$ ).

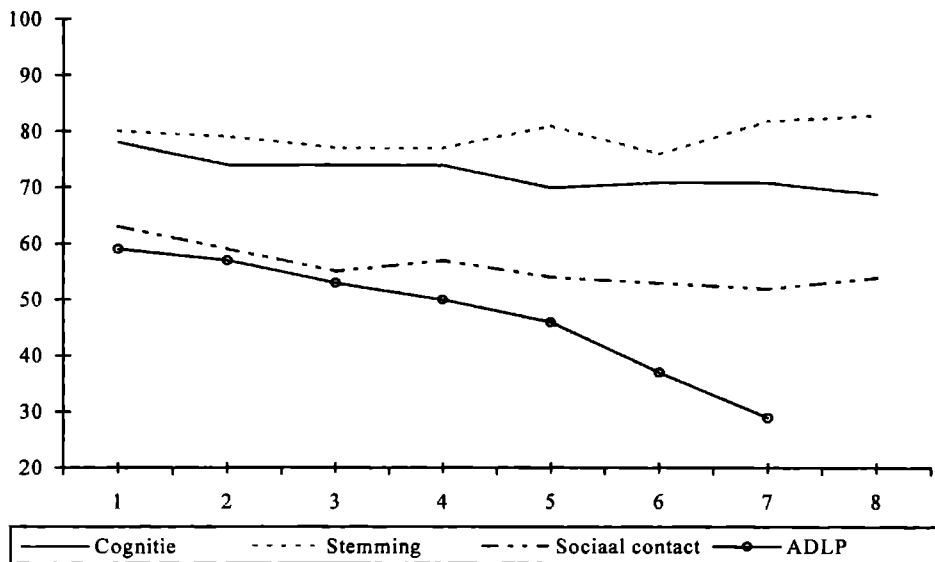


Figuur 26. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score, acht waarnemingen vóór overlijden. Groep 1a (n = 33) vóór de organisatieveranderingen.

Bij groep 1a (overleden vóór de organisatieveranderingen) is er op de BPS sprake van een lineaire achteruitgang over de gehele periode van ruim anderhalf jaar ( $22.62 \leq F \leq 28.79$ ;  $df = 1$  en  $32$ ;  $p < 0.0001$ ). Tot acht maanden vóór overlijden is er op ADLP sprake van een lineaire achteruitgang. De laatste acht maanden vóór overlijden zien wij geen verdere achteruitgang. De laatste waarneming vóór overlijden is het niveau op alle gebieden gemiddeld aanzienlijk en significant slechter dan twee jaar ervoor ( $t \leq -4.73$ ;  $df = 32$ ;  $p < 0.001$ ).

Bij groep 2a, die minimaal anderhalf jaar na de veranderingen is overleden, is bij de laatste waarneming vóór overlijden het niveau van cognitie, stemming en sociaal contact statistisch niet significant slechter dan anderhalf jaar ervoor. Ook is er geen lineaire achteruitgang vastgesteld. Lichamelijk is er wel sprake van een opmerkelijk en statistisch significant verschil ( $t = -6.09$ ;  $df = 23$ ;  $p < 0.001$ ). Over de gehele periode is sprake van een lineaire achteruitgang die in de laatste acht maanden zeer sterk is.

In psychosociaal opzicht kunnen wij bij groep 2a dus niet spreken van een terminale achteruitgang. En dit ondanks het feit dat de lichamelijke hulpbehoevendheid steeds groter werd.



Figuur 27. Gemiddelde scores op cognitie, stemming, sociaal contact en ADLP in percentages van de maximale score, acht waarnemingen vóór overlijden. Groep 2a (n = 25) na de organisatieveranderingen.

De laatste waarneming vóór overlijden functioneert groep 2a op stemming beter dan groep 1a ( $t = 2.776$ ;  $df = 55$ ;  $p < 0.05$ ). De lichamelijke hulpbehoevendheid is op dat moment in groep 2a het grootst ( $t = -3.522$ ;  $df = 50,31$ ;  $p < 0.05$ ).

#### 11.5.4.2 Specifieke groepskenmerken

Het grote verschil in lichamelijke hulpbehoevendheid tussen de groepen 1a en 2a (die respectievelijk vóór en na de organisatieveranderingen ruim anderhalf jaar vóór hun overlijden zijn gevolgd) wordt met name veroorzaakt door de mobiliteit van de bewoners: slechts 4% van groep 2a heeft hierbij geen hulp(middelen) nodig, tegenover 24% van groep 1a. Bijna iedereen van groep 2a wordt lichamelijk volledig verzorgd door het personeel, drie kwart wordt geholpen bij het naar het toilet gaan en 68% is incontinent. In groep 1a is 24% incontinent en krijgt 18% hulp bij de toiletgang. Het aantal verpleegkundige handelingen dat wordt verricht, verschilt niet significant voor beide groepen. Deze variabele vertoont in groep 2a zowel met de psychosociale factoren als met de ADLP geen significante samenhang. In groep 1a is de correlatie met ADLP hoog ( $r = 0.81$ ), en ook met cognitie significant ( $r = 0.30$ ;  $p < 0.05$ ). Opvallend is dat in groep 1a mobiliteit, behalve met sociaal contact, significant

samenhangt met cognitie en stemming. In groep 2a staan deze los van mobiliteit. Uit een vergelijking van beide groepen op de items van de BPS blijkt dat groep 2a, in vergelijking met groep 1a, minder snel overstuur is, nauwelijks anderen de schuld geeft in geval van moeilijkheden, er niet slordig uitziet (logisch bij zoveel verzorging!), minder veeleisend en tevredener over de verzorging is. Het lijkt erop alsof groep 2a meer 'berust'. Desalniettemin is slechts 20% van groep 2a nooit eenzaam volgens het personeel, tegenover 27% van groep 1a.

## **11.6 Conclusies en discussie**

Verzorgingshuisbewoners functioneren de laatste acht maanden of het laatste anderhalf jaar van hun leven in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht minder goed dan bewoners die meer dan twee jaar van hun dood verwijderd zijn. Met name de lichamelijke hulpbehoefendheid is erg groot in de laatste levensfase. Echter, ondanks de verminderende lichamelijke validiteit hoeft het geestelijk en sociaal functioneren van de bewoners niet te verslechteren. Door organisatorische maatregelen blijkt zelfs bij de meest kwetsbare groep verzorgingshuisbewoners het psychosociaal functioneren beïnvloed te kunnen worden.

Dit betekent dat zelfs in de laatste levensfase niet noodzakelijkerwijs bij iedereen sprake is van een achteruitgang in psychisch en sociaal opzicht, ondanks een verslechtering op lichamelijk gebied.

In de literatuur wordt een heel sterke samenhang tussen lichamelijk en cognitief functioneren gesuggereerd, met name bij geïnstitutionaliseerde ouderen. Wij hebben het vermoeden dat deze samenhang ook in die instituten niet hoeft te bestaan, mits er voldoende aandacht wordt besteed aan de persoonlijke relatie met de bewoners. De achteruitgang waarvan in de literatuur sprake is, is volgens ons veel meer een negatief gevolg van de omstandigheden. Wij hebben namelijk in eerste instantie (vóór de organisatorische veranderingen), naast een verslechtering in lichamelijk opzicht, ook een terminale achteruitgang op psychosociaal gebied gevonden. Ook in ons onderzoek bestond er een grote samenhang tussen lichamelijk en psychosociaal functioneren. Maar na de organisatieveranderingen werd de samenhang minder sterk: ondanks een achteruitgang op lichamelijk gebied bleef men in psychosociaal opzicht in de laatste periode van het leven op eenzelfde niveau functioneren.

Deze gegevens hebben steeds betrekking op groepsniveau. Bij individuele bewoners valt op dat vóór de organisatieveranderingen òf sprake was van een achteruitgang òf van een stabiele situatie gedurende de laatste levensfase. Na de organisatieveranderingen is bij gemiddeld een kwart van de bewoners een vooruitgang geconstateerd op de psychosociale factoren. Ook op deze kwets-

bare groep verzorgingshuisbewoners zijn dus de begrippen plasticiteit en flexibiliteit van toepassing (Baltes en Kliegl, 1986; Kliegl en Baltes, 1987).

Zelfs in de laatste fase van het leven is niet in *alle* gevallen sprake van achteruitgang of 'deficit'. De gevonden resultaten zijn des te opvallender als wij bedenken dat na de organisatieveranderingen de ziekenafdeling niet meer bestond. Voordien werden de meest hulpbehoevende bewoners naar de ziekenafdeling overgebracht om daar verzorgd te worden (deze mensen hebben niet deelgenomen aan het onderzoek). Dit verklaart mogelijk wel het gegeven dat de lichamelijke hulpbehoevendheid na de organisatieveranderingen zo groot was. De psychosociale problematiek was evenwel bij de laatste waarneming vóór overlijden vergelijkbaar, vóór en na de organisatieveranderingen.

Ondanks onze gunstige resultaten blijven toch zowel de lichamelijke hulpbehoevendheid als de psychische en sociale problematiek omvangrijk bij de bewoners die kort vóór overlijden staan. Zij vormen een zware belasting in het verzorgingshuis. Gezien het feit dat de verzorgingshuisbewoners gemiddeld steeds ouder worden en ook de gemiddelde leeftijd bij opname al hoog is, zal de groep bewoners die binnen afzienbare tijd overlijdt (bij een gelijkblijvend beleid) een steeds groter deel van het totale bewonersbestand uitmaken. Het is dus erg belangrijk dat de zorgverlening goed op de mogelijkheden, wensen en behoeften van de individuele bewoners is afgestemd.

Met het oog op de grote mobiliteitsproblemen, vele sociale problemen en toch ook aanwezige cognitieve problematiek is het noodzakelijk dat de benodigde voorzieningen op niet al te grote afstand van de bewoners aanwezig zijn. Daarnaast is een goede persoonlijke relatie tussen personeel en bewoners van belang. Bovendien is het belangrijk dat de situatie voor de bewoners overzichtelijk is. In 'Zorgvliet' is door de organisatieveranderingen zoveel mogelijk aan deze punten tegemoet gekomen. Het taakgericht werken is vervangen door bewonersgericht werken. Vaste personeelsleden werken bij vaste bewoners, waardoor niet alleen een persoonlijke band is ontstaan, maar waardoor ook de situatie voor de bewoner overzichtelijker is geworden. Bovendien wordt de bewoner zoveel mogelijk betrokken bij de bepaling van welke zorg er wordt geboden, waardoor hij cognitief actief blijft. Door het realiseren van huiskamers op de afdelingen is het voor bewoners met mobiliteitsbeperkingen minder moeilijk aan het sociale leven deel te nemen.

Geconcludeerd kan worden dat zelfs in de laatste fase van het leven geen sprake hoeft te zijn van achteruitgang in psychisch en sociaal opzicht, ondanks een verslechtering van de lichamelijke toestand.

## **11.7 Samenvatting**

In Hoofdstuk 11 is het lichamelijk en psychosociaal functioneren van die verzorgingshuisbewoners die in de laatste fase van hun leven verkeren, nader onderzocht. Door de grootte van de steekproef was het mogelijk een onderscheid te maken tussen bewoners die vóór bepaalde organisatieveranderingen zijn overleden, en die erna zijn overleden. In lichamelijk opzicht gingen alle bewoners achteruit in het laatste jaar of de laatste twee jaar vóór hun overlijden. Het psychosociaal functioneren ontwikkelde zich evenwel na de organisatorische veranderingen los van de lichamelijke hulpbehoefvendheid: het psychisch en sociaal functioneren ging niet verder achteruit. Het algemeen gehanteerde ‘Deficit-model’ vond geen bevestiging in onze onderzoeksdata.







# DEEL III



## **12. Inleiding**

In dit deel van onze studie geven we om te beginnen een samenvatting van de resultaten van ons onderzoek. Vervolgens houden we in de discussie deze resultaten tegen het licht van de in Deel I beschreven literatuur. We doen dat aan de hand van drie hoofdthema's: beeldvorming, institutionalisering en interactie. Aansluitend leggen we verantwoording af van de methode die wij in ons onderzoek hebben gebruikt, en plaatsen we daarbij enkele kanttekeningen. De twee daarop volgende hoofdstukken zijn gewijd aan de representativiteit en de generaliseerbaarheid van ons onderzoek. We sluiten dit deel af met een aantal ideeën voor vervolgonderzoek.



## **13. Samenvatting van de resultaten**

Alvorens de resultaten van ons onderzoek nog eens kritisch te bezien vatten wij deze hier kort samen. We houden daarbij zoveel mogelijk de vragen aan die we onszelf in Hoofdstuk 6 hebben gesteld. Om deze vragen te beantwoorden hebben wij een eigen onderzoeksmethode ontwikkeld. De resultaten die wij hier weergeven kunnen niet los worden gezien van deze methode. Voor een kritische bespreking daarvan verwijzen wij naar Hoofdstuk 15. De beantwoording van de vragen heeft geresulteerd in de vijf artikelen die evenzovele hoofdstukken van Deel II vormen. Ter wille van de beknoptheid geven we eerst onze eindconclusie. Vervolgens lichten we deze toe aan de hand van de resultaten van ons onderzoek tót de interventie in de organisatie en van de resultaten ná de interventie.

### **13.1 Algemene conclusie van het onderzoek**

De algemene conclusie van ons onderzoek is tweeledig. In de eerste plaats concluderen wij op grond van de verkregen resultaten dat psychosociale problematiek bij verzorgingshuisbewoners kan worden vastgesteld met behulp van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS). Door de beoordeling regelmatig te laten plaatsvinden kan ook het verloop van deze problematiek worden vastgesteld. In de tweede plaats concluderen wij dat een toename van de problematiek kan worden gestuit dan wel voorkomen door gerichte interventie in de organisatie van het verzorgingshuis. Hieronder volgt een toelichting van deze conclusie.

### **13.2 Resultaten tot de interventie in 'Zorgvliet'**

De eerste stap in ons onderzoek bestond uit de beschrijving van het feitelijk functioneren van de onderzoeksgroep, met name in psychosociaal opzicht. We vroegen ons af welke de aard en de omvang van de problematiek van de betrokken verzorgingshuisbewoners was, welke soort problemen zij hadden, en welke samenhang er tussen de verschillende soorten problemen bestond. Uitdrukkelijk hebben we daarbij ook gekeken naar de lichamelijke hulpbehoevendheid van de bewoners.

Vervolgens wilden we meer weten over het verloop van de problematiek: 'Is er sprake van een negatieve spiraal?' Tenslotte waren we benieuwd naar de mogelijke oorzaken van de psychosociale problemen en naar de relatie tussen de problemen en de zorg- en dienstverlening. Een antwoord op deze laatste vragen was nodig om tot interventie over te gaan.

Onze eerste publikatie (Van Loveren-Huyben en Van der Bom, 1983; in deze studie Hoofdstuk 7) vormde de neerslag van één jaar onderzoek in 'Zorgvliet'. Daarin hebben we de gegevens van vier waarnemingen verwerkt. Op grond van

deze gegevens was het om te beginnen mogelijk de aard van de gesignaleerde problematiek nader te omschrijven. Wij onderscheidde lichamelijke problemen en problemen op het gebied van respectievelijk cognitie, stemming en sociaal contact. Op al deze aspecten van het functioneren stelden we na één jaar onderzoek voor het hele huis een toename van de problematiek vast.

Bij onderlinge vergelijking bleken de problemen inzake het sociaal contact het grootst. Na één jaar kampte maar liefst drie kwart van de bewoners in meerdere of mindere mate met problemen op dit gebied. Met name is sprake van eenzaamheid en zich terugtrekken op de kamer.

Wanneer we het cognitief functioneren bezien, springen vooral de geheugenproblemen in het oog. Daarnaast blijken bewoners ook veel emotionele problemen te hebben. Na één jaar is meer dan de helft van de bewoners neerslachtig of gedeprimeerd. Verder is bijna de helft van de bewoners wantrouwend, in zichzelf gekeerd of snel overstuurt.

Waar het de samenhang van de verschillende problemen betreft, stellen we vast dat deze tussen de lichamelijke problematiek enerzijds en de psychosociale problematiek anderzijds slechts gering is. Een bewoner die lichamelijk hulpbehoevend is, heeft niet per definitie ook psychosociale problemen, en omgekeerd.

In onze tweede publikatie (Van Loveren-Huyben, Toonen en Van der Bom, 1985; in deze studie Hoofdstuk 8) konden we de resultaten weergeven van tweeënhalf jaar onderzoek in 'Zorgvliet'. Deze resultaten waren gebaseerd op de gegevens van tien waarnemingen.

Aan het eind van die periode blijkt de eerder gesignaleerde tendens zich te hebben voortgezet. In het hele verzorgingshuis zijn er op alle aspecten meer problemen dan bij het begin van het onderzoek.

Verder stellen we een duidelijk verloop vast bij de longitudinale groep, dat wil zeggen bij die bewoners (203 personen) die vanaf het begin aan het onderzoek hebben meegedaan. Er is sprake van een voortgaande geleidelijke achteruitgang.

Nieuw opgenomen bewoners blijken met meer problemen binnen te komen dan de reeds langer aanwezige bewoners. Vervolgens blijven zij in lichamelijk opzicht min of meer op hetzelfde niveau. In de betreffende publicatie hebben we dit gegeven uitgebreid besproken. In psychosociaal opzicht constateren we ook bij deze groep bewoners, voorzover we hen een volledig jaar na opname hebben kunnen volgen, een achteruitgang. Het percentage dat geen problemen heeft op de aspecten cognitie, stemming en sociaal contact daalt gestaag.

Wanneer we tenslotte kijken naar het laatste verblijfsjaar van bewoners die zijn overleden of naar een verpleeghuis werden overgeplaatst, dan valt op dat zij in het jaar daaraan voorafgaand een sterke achteruitgang op alle aspecten verto-

nen. Daarbij is nauwelijks verschil geconstateerd tussen hen die aan het eind van dat jaar overlijden, en hen die dan naar een verpleeghuis worden overgeplaatst. Op grond hiervan veronderstellen we dat de vastgestelde achteruitgang een normaal onderdeel van het terminaal proces is ('terminal decline'). Deze veronderstelling werd in een deelonderzoek nader getoetst (Van Loveren-Huyben, Bronts en Van der Bom, 1992; in deze studie Hoofdstuk 11).

Wanneer we naar de samenhang van de psychosociale problemen kijken, valt op dat die tussen cognitie en sociaal contact het sterkst is (0.67). Bij degenen die uitvallen is die samenhang nog sterker gebleken (0.74). Daarnaast stellen we ook een omvangrijke, toenemende lichamelijke hulpbehoefendheid vast.

Samenvattend kunnen we zeggen dat in de onderzoeksperiode het aantal bewoners zonder problemen sterk is gedaald, zowel gelet op het gehele huis als gelet op de longitudinale groep. Over de gehele linie is sprake van een voortgaande geleidelijke achteruitgang ('negatieve spiraal').

De mogelijke oorzaken van de geconstateerde problematiek komen er in de kern op neer dat de zorg- en dienstverlening niet is aangepast aan de wensen en behoeften van de bewoners. Dit blijkt op een aantal punten.

Sociaal contact is om verschillende redenen erg moeilijk, zowel tussen bewoners onderling als tussen bewoners en personeel. Er is slechts één centrale ontmoetingsruimte buiten de eigen kamer (grote zaal). Voor mensen met gehoor-, visus-, geheugen- of oriëntatieproblemen is deze grote zaal niet aantrekkelijk en voor de meeste bewoners ligt hij op behoorlijke loopafstand. Dit bevordert dat bewoners zich terugtrekken op hun kamer. Daarnaast zijn de omvang van de afdelingen (100 bewoners) en de taakgerichte werkwijze van het personeel niet bevorderlijk voor een persoonlijke relatie tussen bewoners en personeel. De enige manier waarop bewoners zich in deze omstandigheden kunnen verzekeren van sociaal contact, is door te vragen om lichamelijke hulp. Hierdoor wordt lichamelijke hulpbehoefendheid in de hand gewerkt.

De sociale problematiek versterkt ook de cognitieve problemen. Wie zich terugtrekt, ontvangt te weinig prikkels ('onderstimulatie') om cognitief goed te kunnen functioneren. Andere negatieve effecten zijn het gebrek aan continuïteit en aan controle ten gevolge van het gehanteerde werkschema en de standaardzorgverlening ('overzorg').

### **13.3 Resultaten na de interventie in 'Zorgvliet'**

Toen we eenmaal inzicht hadden in het feitelijk functioneren van bewoners over een langere periode en in de invloed van de omgeving daarop, is op grond van de bovengenoemde resultaten gericht een aantal veranderingen in de organisatie doorgevoerd. De bedoeling van onze interventie was dat de bewoners in psychosociaal en lichamenlijk opzicht beter of op zijn minst minder

slecht zouden gaan functioneren, dan wel op gelijk niveau zouden blijven. Zou dit achteraf door de gegevens worden bevestigd, dan zouden de veranderingen doeltreffend zijn.

In onze derde publikatie (Van Loveren-Huyben en Van der Bom, 1988; in deze studie Hoofdstuk 9) hebben we de resultaten van vierenhalf jaar onderzoek in 'Zorgvliet' beschreven. Deze resultaten hebben betrekking op de gegevens van achttien waarnemingen.

Alvorens de resultaten te beschrijven schetsen we in het kort nog eens de veranderingen in 'Zorgvliet'. We maken daarbij onderscheid tussen een aantal niveaus waarop de interventie heeft plaatsgevonden. Dit onderscheid is ingegeven door een analytische benadering van het proces van interventie: welke ingreep heeft op wie betrekking. Dit leidt tot de volgende schets:

1. Op het niveau van de *organisatie* is schaalverkleining doorgevoerd en heeft taakgerichte zorg plaats gemaakt voor bewonersgerichte zorg. De afdelingen zijn verkleind en elk personeelslid kreeg de verantwoordelijkheid voor een kleine groep bewoners.
2. Op het niveau van de *leidinggevenden* zijn de voorwaarden geschapen om de verschillende veranderingen te realiseren.
3. Op het niveau van het *personeel* is gewerkt aan verdere deskundigheidsbevordering van de contactverzorgenden.
4. Op het niveau van de *bewoners* zijn op de afdelingen huiskamers gecreëerd. Verder is er overleg met hen over de benodigde zorg ingevoerd.

De schaalverkleining en de verandering naar bewonersgericht werken vonden plaats tussen de elfde en de twaalfde waarneming, de meeste huiskamers zijn tussen de vijftiende en de zestiende waarneming gerealiseerd.

Na vierenhalf jaar onderzoek (achttien waarnemingen) blijkt voor het gehele huis dat de gemiddelde lichamelijke hulpbehoefte weer op het uitgangsniveau ligt. De psychosociale problematiek is voor het hele huis evenwel omvangrijker dan bij de aanvang van ons onderzoek.

Ook voor de longitudinale groep (141 bewoners) geldt dat op het gebied van cognitie, stemming en sociaal contact een achteruitgang kan worden vastgesteld ten opzichte van het begin. Maar gemiddeld genomen is er na de interventie sprake van een significante verbetering. Deze hield stand tot het eind van het onderzoek. De achteruitgang vond dus feitelijk plaats vóór de interventie. In lichamelijk opzicht vond na de interventie een tijdelijke opleving plaats, waarna weer een achteruitgang intrad. Over de gehele periode is sprake van een lichte, niet significante achteruitgang. Het aantal bewoners dat zeer veel hulp nodig heeft bij hun lichamelijke verzorging, is tijdens de onderzoeksperiode duidelijk toegenomen.



Bij de longitudinale groep stellen we een significante samenhang vast tussen enerzijds leeftijd, anderzijds cognitie en sociaal contact. In psychosociaal opzicht deden de verbeteringen na de interventie zich voor bij alle leeftijdsgroepen met uitzondering van de 90-plussers inzake sociaal contact. De verbetering bleek bij deze leeftijdsgroep slechts tijdelijk van aard: na de opleving was er sprake van een versnelde achteruitgang. De verbetering inzake de lichamelijke hulpbehoefendheid was alleen bij diegenen die jonger zijn dan 75 jaar van blijvende aard.

Interessant zijn de resultaten van het onderzoek met betrekking tot de nieuwe opnames. Daarbij hebben we onderscheid gemaakt tussen de nieuw opgenomen vóór en na de interventie. Het betreft in beide gevallen bewoners die één jaar lang zijn gevolgd. De nieuwe opnames na de organisatieveranderingen blijken op alle aspecten beter te functioneren dan die ervoor, met name inzake ADLP en sociaal contact. Zij blijven zowel in lichamelijk opzicht als op het gebied van cognitie en sociaal contact op eenzelfde niveau functioneren. Bij hen stellen we het grootste effect van de organisatieveranderingen vast. De nieuwe opnames vóór de veranderingen blijven lichamelijk gezien weliswaar constant, maar gaan in psychosociaal opzicht achteruit.

Tenslotte hebben we geen verschil vastgesteld bij de laatste waarneming tussen de uitval vóór en na de interventie. Wel zijn er na de organisatieveranderingen duidelijk minder overplaatsingen naar het psychogeriatrisch verpleeghuis dan ervoor.

### **13.4 Resultaten na interventie ten aanzien van de laatste levensfase**

Op grond van de resultaten van vierenhalf jaar onderzoek in 'Zorgvliet' hebben wij vastgesteld dat het functioneren van verzorgingshuisbewoners in lichamelijk en psychosociaal opzicht positief kon worden beïnvloed door gerichte organisatieveranderingen. De in een eerder stadium geconstateerde achteruitgang kon tot staan worden gebracht en in een aantal gevallen zelfs worden omgebogen.

Wij vroegen ons af of dit ook opgaat voor bewoners die in hun laatste levensfase verkeren. Eerder veronderstelden we dat achteruitgang een normaal onderdeel van het terminaal proces is ('terminal decline').

Aan deze vraag hebben wij een apart deelonderzoek gewijd. De resultaten daarvan zijn weergegeven in een vijfde publikatie (Van Loveren-Huyben, Bronts en Van der Bom, 1992; in deze studie Hoofdstuk 11).

Om een antwoord op deze vraag te krijgen hebben wij de gegevens van vier groepen bewoners met elkaar vergeleken. Die groepen bestonden uit bewoners

die acht respectievelijk achttien maanden vóór overlijden waren gevolgd, en dat vóór respectievelijk na de organisatieveranderingen.

Het belangrijkste resultaat van deze vergelijking was dat de betreffende bewoners vóór onze interventie zowel in lichamelijk als in psychosociaal opzicht achteruit gingen. Na de interventie was er wel sprake van achteruitgang op lichamelijk gebied, maar niet in psychosociaal opzicht. Hieruit concluderen we dat het proces van terminale achteruitgang wel degelijk te beïnvloeden is.

### **13.5 Resultaten na de interventie in 'De Oldenzaag'**

Tenslotte hebben we nog de vraag gesteld of geïndiceerden voor het psychogeriatrisch verpleeghuis baat hebben bij een specifieke vorm van interventie: groepsopvang. Het betreft hier bewoners met ernstige cognitieve problemen, die niet langer in staat zijn zelfstandig hun dagelijks leven te structureren. Het doel van de groepsopvang is om verdere teruggang te vertragen en de vermogens die bij deze bewoners aanwezig zijn, te behouden en eventueel te versterken. Het streven was om de groepsopvang maximaal te integreren in de dagelijkse verzorging.

De resultaten zijn opgenomen in onze vierde publikatie (Van Loveren-Huyben en Van Dongen, 1989; in deze studie Hoofdstuk 10). Zij zijn gebaseerd op de gegevens van een tweetal onderzoeksgroepen en evenzovele controlegroepen. De onderzoeksgroepen werden gevormd door deelnemers aan de groepsopvang in 'De Oldenzaag' met ernstige (I) respectievelijk minder ernstige cognitieve problemen (II). Uit deze groepen zijn ook longitudinale groepen geformeerd van bewoners die één jaar lang konden worden gevolgd. De controlegroepen waren samengesteld uit bewoners van 'De Oldenzaag' zelf respectievelijk van 'Zorgvliet'. Hun niveau van cognitief functioneren was vergelijkbaar met dat van de groepen I en II.

Na analyse van de gegevens stelden we vast dat de deelnemers aan de groepsopvang met ernstige problemen (I) in psychosociaal opzicht op peil bleven, dit in tegenstelling tot de controlegroep. Hetzelfde geldt voor de deelnemers van de zogenaamde tussengroep (II). De longitudinale groepen boden hetzelfde beeld. Tevens stelden we vast dat het gehele huis op eenzelfde niveau bleef.

Hiermee waren naar ons idee de vragen die wij onszelf bij het begin van het onderzoek stelden, genoegzaam beantwoord. In het volgende hoofdstuk willen we nog eens kritisch naar onze resultaten kijken in het licht van de literatuur.

## 14. Discussie

In dit hoofdstuk zetten we de resultaten van ons onderzoek af tegen de literatuur, zoals we die in het eerste deel van onze studie hebben beschreven. Bij de bespreking gaan we uit van de drie hoofdthema's van Deel I: beeldvorming, institutionalisering en interactie. Deze drie begrippen kunnen gezien worden als aspecten van eenzelfde materie, namelijk de relatie tussen de oudere en zijn omgeving. Hoewel feitelijk niet te scheiden, kiezen we niettemin voor deze drie invalshoeken, omdat ze elk een duidelijk facet van de relatie belichten. Beeldvorming betreft concrete personen, institutionalisering de abstracte organisatie en interactie de wisselwerking tussen de betrokkenen zowel op concreet als op abstract niveau.

### 14.1 Beeldvorming

In Hoofdstuk 3 van onze studie hebben we gesproken over de beeldvorming van ouderen. Daarbij maakten we onderscheid tussen het maatschappelijk beeld in het algemeen en de beeldvorming in het verzorgingshuis in het bijzonder. Voorts hebben we gesproken over beeldvorming *over* ouderen en beeldvorming *door* ouderen. Zowel het beeld dat 'men' van ouderen heeft, als het zelfbeeld van ouderen is overwegend negatief en wortelt in een cultureel stereotype.

Wanneer we nu nagaan wat de betekenis van ons onderzoek is voor de beeldvorming van ouderen, moeten we om te beginnen opmerken dat we niet expliciet op dit onderwerp zijn ingegaan. We kunnen wel indirect, op basis van de gegevens met betrekking tot het functioneren van verzorgingshuisbewoners en op basis van onze eigen ervaring, enige uitspraken doen over de beeldvorming van het personeel van de instelling. In navolging van Marcoen (1988) onderscheiden we daarbij drie niveaus: het *geleefde* beeld, het *gesproken* beeld en het *besproken* beeld.

Aanleiding tot ons onderzoek was het gegeven dat directie en staf van 'Zorgvliet' zich in toenemende mate geconfronteerd zagen met psychische en sociale problemen van bewoners. Het aantal probleemgevallen zou groeien, de bewoners zouden steeds verder achteruitgaan en de zorgverlening zou steeds zwaarder worden. Daarop wendde het verzorgingshuis zich tot ons met het verzoek een strategie te ontwikkelen om de organisatie aan te passen aan de veranderende situatie.

In termen van beeldvorming zou men kunnen zeggen dat directie en staf het stereotype van de aftakelende oudere schetsten. Deze schets was deels een geleefd, deels een gesproken beeld. Het kwam tot stand op grond van een half bewuste, half onbewuste kijk op de alledaagse werkelijkheid van het verzorgingshuis.

Onze eerste opdracht was om na te gaan of dit beeld overeenkwam met de werkelijkheid. De resultaten van het onderzoek tot aan de interventie bevestigden het beeld. De betrokken verzorgingshuisbewoners gingen over het geheel genomen inderdaad achteruit, zowel in lichamelijk als in psychosociaal opzicht. Op dat moment zou men -in de ogen van directie en staf- kunnen spreken van een besproken beeld.

Vervolgens plaatsten wij daar meteen een kanttekening bij: Zou deze achteruitgang te beïnvloeden zijn, dan zou het beeld niet kloppen. Uitgaande van de gedachte dat de betreffende ouderen hun competentie wel eens niet ten volle zouden kunnen benutten, en dat de institutie daarin een belangrijke rol speelt, zijn er gerichte veranderingen in de organisatie doorgevoerd. Daarbij presenteerden wij zelf een ander (gesproken) beeld van de oudere, namelijk dat van de competente verzorgingshuisbewoner die greep heeft op zijn eigen leven.

De resultaten van het onderzoek na de interventie corrigeerden het negatieve beeld van directie en staf: de achteruitgang bleek over het algemeen te stuiten en de problematiek bleek niet langer toe te nemen. Dit gold met name voor de nieuw opgenomenen. Het feit dat de oorspronkelijke beeldvorming niet met de werkelijkheid klopte, gaf directie en staf aanleiding tot reflectie op het stereotype. Uiteindelijk heeft dit geleid tot een andere vorm van zorgverlening.

In aansluiting hierop willen we nog een bijzonder aspect van de beeldvorming naar voren halen: de invloed van het zogenaamde medisch model. Aanvankelijk lag de nadruk bij de zorgverlening in 'Zorgvliet', zoals elders ook veelal het geval is (Karuza e.a., 1986; Verhaeghen en Marcoen 1989), op de lichamelijke aspecten. Bovendien hadden de bewoners vóór de interventie nauwelijks een stem in de zorgverlening.

Uit de onderzoeksresultaten kwam naar voren dat de psychosociale aspecten van het menselijk functioneren minstens even belangrijk zijn als de lichamelijke en evenzeer aandacht behoeven (zie ook Gallé en Luijten, 1992; Verhaeghen e.a., niet gepubliceerd). Dit heeft bij het personeel geleid tot een differentiatie in de benadering van de bewoners en tot een correctie van het tot dusverre impliciet gehanteerde model. Voorts werd ten aanzien van de zorgverlening overleg tussen bewoners en personeel ingevoerd.

Tenslotte willen we op grond van onze ervaringen nog iets zeggen over de houding van het personeel ten opzichte van de bewoners, met name in verband met de voorgestelde veranderingen. Weliswaar hebben wij geen attitude-onderzoek gedaan, maar de karakteristieken van deze houding, die door diverse auteurs zijn beschreven (Kosberg en Gorman, 1975; Ross, 1977; Lutsky, 1980; Baker, 1984; Noelker en Poulshock, 1984), zijn wij in alle lagen van de organi-

satie tegengekomen. In de meeste gevallen was ook hier sprake van een geleefd beeld.

De resultaten van ons onderzoek waren daar duidelijk mee in tegenspraak. Toen eenmaal de effecten van bewonersgericht werken en schaalverkleining merkbaar werden, raakten personeelsleden sterker gemotiveerd en meer betrokken bij de individuele zorgverlening. De aanvankelijke scepsis maakte plaats voor een meer adequate benadering van bewoners.

Resten ons nog twee opmerkingen. Allereerst wijzen we erop dat onze resultaten geen uitspraken toelaten over het zelfbeeld van ouderen. Daarnaast achten wij het pretentius te denken dat ons onderzoek enige directe invloed heeft (gehad) op de algemeen maatschappelijke beeldvorming. In het licht van de heersende mentaliteit zou men zich kunnen afvragen of het wel de moeite loont om het functioneren van verzorgingshuishuwobwoners te willen verbeteren of op peil te houden. Het enige dat we in dit verband zouden willen opmerken is dat ons onderzoek het tegendeel aantoot.

## **14.2 Institutionaliseriing**

De kernvraag van ons onderzoek luidde of het mogelijk is bij een specifieke groep ouderen, in ons geval verzorgingshuishuwobwoners, een positieve invloed uit te oefenen op hun functioneren door in de omgeving in te grijpen. Uit de resultaten mag worden afgeleid dat wij daarin zijn geslaagd. Tegelijk dringt zich tegen de achtergrond van de literatuur over institutionaliseriing [zie Hoofdstuk 4] de vraag op, welke specifieke ingrepen in de organisatie wij nu in feite in ons onderzoek hebben gedaan.

Wanneer we naar de zorgverlening in 'Zorgvliet' vóór de organisatieveranderingen kijken, dan kan deze het best worden gekarakteriseerd als '*voor iedere bewoner hetzelfde*'. Bewoners werden niet als individu gezien, maar als een eenvormig collectief object van handelen. Daarbij lag het initiatief tot de zorgverlening structureel bij anderen dan de bewoner zelf.

Deze omschrijving stemt grotendeels overeen met de centrale kenmerken van een institutie volgens Goffman (1961). In wezen komt deze erop neer dat de zorgverlening niet is afgestemd op het individu. Door over te gaan van taakgerichte op bewonersgerichte zorg en door overleg te creëren tussen personeel en bewoner werd de gelijkvormigheid van de zorgverlening doorbroken.

De aanvankelijke gelijkvormigheid van de zorgverlening had nog een bijkomend negatief effect. Goffman (1977) wijst in dit verband op het fenomeen van *overzorg*. In ons onderzoek stelden wij vast dat er na de interventie op lichamelijk gebied minder zorg nodig was. Dit wijst in dit opzicht op het bestaan van overzorg voordien.

Eenzelfde conclusie laat zich op psychosociaal gebied minder gemakkelijk trekken. Uit de omvang van de psychosociale problematiek valt af te leiden dat er in 'Zorgvliet' in dit opzicht een (duidelijke) behoefte aan begeleiding en zorg bestond, zowel vóór als na de interventie. Vóór de organisatieveranderingen kan hier naar ons idee echter nauwelijks van overzorg sprake zijn geweest, eerder van onderzorg. Erna vormde de aandacht voor deze problematiek een integraal onderdeel van de werkwijze van het personeel.

De doorgevoerde organisatieveranderingen hebben, zoals reeds aangegeven bij de samenvatting van de resultaten van ons onderzoek na de interventie [Paragraaf 13.3], op verschillende niveaus plaatsgevonden:

1. het niveau van de organisatie als geheel;
2. het niveau van de leidinggevenden;
3. het niveau van het personeel;
4. het niveau van de bewoners.

In de door ons besproken literatuur zijn wij dit onderscheid in niveaus niet tegengekomen. Wel onderscheiden verschillende auteurs (McEwen, 1980; Pincus, 1968; Pincus en Wood, 1970; Gallé en Luijten, 1992) afzonderlijke dimensies of factoren ter karakterisering van de instelling. We zullen daar zo dadelijk nader op ingaan. Onze algemene indruk is dat men zich in het onderzoek tot nu toe heeft geconcentreerd op de effecten van institutionalisering als zodanig en minder op de vraag op welk niveau de verschillende effecten zich voordoen. Wanneer we nu onze ingrepen in de organisatie afzetten tegen de genoemde geleidingen of dimensies, dan ontstaat het volgende beeld.

Gerelateerd aan het overzicht van McEwen (1980) -en in navolging van hem Gallé en Luijten (1992)- hebben de organisatieveranderingen in ons onderzoek in hoofdzaak betrekking op de dimensie 'bureaucratie'. De instelling van contactverzorgenden verkleinde de afstand tussen bewoner en personeel. Het overleg tussen bewoner en personeel over de benodigde zorg betekende een ingrijpende wijziging van de tot dan toe bestaande machtsstructuur. De schaalverkleining en de vergroting van de consensus onder het personeel vallen onder de dimensie 'overige'.

Zetten we onze interventie af tegen de methode die Pincus heeft ontwikkeld (1968) en samen met Wood heeft toegepast (1970), dan hebben de ingrepen vooral betrekking op de omgevingsfactoren 'regels en programma' en 'omgang van staf met bewoners' en wel in twee dimensies. Overleg tussen bewoner en personeel over de benodigde zorg houdt in dat de bewoner zelf keuzes moet maken. Deze verandering heeft betrekking op de dimensie 'structured-unstructured': de mate waarin iemand zich moet aanpassen aan regels respectievelijk wordt gestimuleerd zelf keuzes te maken. De verkleining van de sociale afstand tussen personeel en bewoner heeft betrekking op een andere dimen-

sie: de mate waarin het personeel een persoonlijke relatie onderhoudt met een individuele bewoner.

Brengen wij de doorgevoerde veranderingen in de organisatie in verband met de psychosociale kenmerken van verzorgingshuizen, zoals Verhaeghen en Marcoen (1989) die onderscheiden, en die wij in Paragraaf 4.3 hebben beschreven, dan ontstaat het volgende beeld:

- **onvoorspelbaarheid**

Door het dienstrooster en de zorgverlening in 'Zorgvliet' anders in te richten weten bewoners wie ze kunnen verwachten, en hebben ze niet langer met een groot aantal verzorgenden te maken. Bovendien worden er met de bewoners duidelijke afspraken gemaakt over de benodigde zorg.

Door de schaalverkleining en de duidelijke afspraken is ook de consensus onder het personeel toegenomen. Inzake de consensus onder het personeel moet worden opgemerkt dat hieraan tijdens het onderzoek weliswaar niet expliciet is gewerkt, bijvoorbeeld in de vorm van een geformaliseerde zorgvisie, maar wel impliciet tijdens de begeleiding van het personeel.

Door de genoemde maatregelen is voor de bewoners een aantal bronnen van onvoorspelbaarheid weggenomen, groeide de overzichtelijkheid en nam het aantal irritaties af.

- **gebrek aan controle**

Door met de bewoner in overleg te treden over de te verlenen zorg krijgt deze in beginsel meer controle over zijn/haar omgeving en eigen situatie.

- **restrictiviteit van de omgeving**

De restrictiviteit van de omgeving wordt door de veranderingen in 'Zorgvliet' nauwelijks beïnvloed. Regels met betrekking tot privacy en autonomie blijven -afgezien van de verzorgingssituatie- onveranderd. Het keuzebereik (Hulicka e.a., 1975) is slechts ten dele groter geworden; het routinekarakter (Booth, 1985) werd in sterkere mate doorbroken. Ondanks deze maatregelen blijft het verzorgingshuis een eindstation: ontslag is een feitelijke onmogelijkheid.

Dit houdt in dat ook het toekomstperspectief van bewoners ingeperkt blijft. Het is (mede om die reden) nog maar de vraag of huiskamers een betekenisvol sociaal contact tussen bewoners zullen opleveren: de onderlinge relaties zullen waarschijnlijk oppervlakkig blijven.

- **prothetisering**

Omdat de bewoner in overleg met het personeel kan aangeven wat hij zelf wil en/of kan doen, heeft de nieuwe situatie een lagere prothetisering tot gevolg. De zorgverlening beperkt zich tot taken die de bewoner niet meer zelf kan uitvoeren, en bestaat niet langer uit blokbehandeling en een uniform standaardpakket (Brearley, 1977; vergelijk Bennett, 1963: criterium 3).

Dit geldt niet alleen op huishoudelijk en lichamelijk, maar ook op cognitief gebied. Invoering van overleg tussen bewoners en personeel vraagt van bewoners dat ze meedenken over de benodigde zorg. Hiermee wordt voorkomen dat het verzorgingshuis 'het geheugen van de bewoner' is (Labouvie-Vief, 1977).

- **depersonalisatie**

De deskundigheidsbevordering heeft bij het personeel grosso modo geresulteerd in een verandering van de stereotype attitudes tegenover de bewoners. Hierdoor, en omdat de bewoner een op maat gerichte verzorging krijgt (bewonersgericht werken), is sprake van een verhoogde personalisering. De veranderingen beïnvloeden ook de concrete interacties tussen personeel en bewoners. De instelling van contactverzorgenden maakte een persoonlijke relatie tussen bewoner en personeel mogelijk. Er is ruimte voor een persoonsgerichte benadering en de band tussen bewoners en personeel is versterkt.

Alles overziend kunnen we zeggen dat door de interventie in 'Zorgvliet', gelet op de vijf kenmerken van Verhaeghen en Marcoen, de omgevingsdruk op institutioneel niveau duidelijk is verminderd. Overigens laten de kenmerken van institutionalisering zich nooit helemaal terugdringen: het verzorgingshuis blijft ondanks alles een instituut.

Wanneer we tenslotte de effecten van onze interventie toetsen aan de voorwaarden die wij in Paragraaf 5.3 hebben gesteld aan de 'ideale' omgeving van het verzorgingshuis, dan stellen we vast dat 'Zorgvliet' en 'De Oldenzaag' zich tot een meer 'ideale' omgeving voor haar bewoners hebben ontwikkeld.

Door bewonersgericht te werken en de zorgverlening af te stemmen op de wensen en behoeften van de bewoner verandert de relatie tussen personeel en cliënten -zoals reeds opgemerkt- in positieve zin (Van Geen, 1989). In de nieuwe manier van werken wordt een vorm van hulp op afroep/afpraak gerealiseerd.

Verder is als gevolg van de attitudeverandering, die door deze werkwijze en het gebruik van de BPS bij het personeel is opgetreden, een deel van het puur medisch denken doorbroken. Feitelijk is de zorg- en dienstverlening in 'Zorgvliet' na de interventie opgeschoven in de richting van het compensatorisch model (Brickman e.a., 1982).

Tenslotte is de flexibiliteit van de organisatie duidelijk toegenomen.

### **14.3 Interactie**

In het voorafgaande is het al diverse malen gezegd: gedrag komt mede tot stand onder invloed van de omgeving. Anders gezegd: iemands performantie is altijd het resultaat van een interactie van de betreffende persoon



met zijn/haar eigen competentie (in de zin van Lawton, 1982) en de omgeving waarin hij/zij verkeert. Dit geldt ook voor verzorgingshuisbewoners, zij het dat de omgeving in hun geval specifieke -institutionele- kenmerken heeft, met al even specifieke gevolgen voor het ten toon gespreide gedrag. In de vorige paragraaf [14.2] zijn we uitgebreid op deze kenmerken ingegaan. Hier willen we vooral stilstaan bij de dynamiek van de wisselwerking.

Door in ons onderzoek de omgevingsdruk aan te passen aan de eigen mogelijkheden van de bewoners zijn wij erin geslaagd een positieve invloed uit te oefenen op hun functioneren. Vóór de interventie was de omgeving, in dit geval het verzorgingshuis, in zowel organisatorische als personele zin, impliciet gericht op het ondersteunen van afhankelijk gedrag. Volgens Baltes (1983, 1986, 1987) en Neumann (1986) zou het reduceren van afhankelijkheidsondersteunend gedrag van de omgeving leiden tot een belangrijke toename van onafhankelijk zelfverzorgend gedrag van ouderen. Ons onderzoek toont dit duidelijk aan, maar daarmee is nog niet aangegeven hoe dit kon gebeuren.

In de studie van Wahl (1991) merken ouderen zelf op dat zij hun competentie niet ten volle benutten. Zij wijzen de omgeving en de sociale partners als voornaamste oorzaak daarvoor aan. Blijkbaar beschikken ouderen over 'reservecapaciteiten' die onder invloed van de omgeving onaangesproken blijven. De constatering dat ouderen reservecapaciteiten hebben, en dat de omgeving in het benutten ervan een cruciale rol speelt, wordt in ons onderzoek bevestigd door het verschil in functioneren van bewoners vóór en na de interventie. De grootste verandering, en tevens het snelste effect, blijkt op te treden op lichamelijk gebied. Daarnaast wordt het verschil met name zichtbaar bij de groep nieuw opgenomen bewoners. Degenen die na de interventie werden opgenomen, kregen te maken met een minder afhankelijkheidsondersteunende omgeving dan die ervoor waren opgenomen. Om die reden bleven de eersten, zowel lichamelijk als psychosociaal gezien, op hetzelfde niveau functioneren, dit in tegenstelling tot de laatsten.

In dit verband wijzen wij ook op het verschijnsel van de intra-individuele plasticiteit: onder verschillende omgevingscondities kan eenzelfde persoon verschillende vormen en niveaus van gedrag (performantie) vertonen (Willis en Baltes, 1980; Kliegl en Baltes, 1987; Welford, 1987). Dit verschijnsel manifesteert zich in ons onderzoek het duidelijkst bij de longitudinale groep.

In het verlengde hiervan ligt het begrip 'succesful aging' (Baltes en Baltes, 1990): ouderen staan voor de taak om zich -met inachtneming van de biologische grenzen die hun leeftijd hen stelt- te concentreren op die gebieden of situaties die een optimale wisselwerking tussen omgevingseisen en eigen mogelijkheden met zich meebrengen. Dit veronderstelt overigens dat ouderen relatief

vrij zijn in de keuze van de gebieden of situaties waarop zij zich wensen te concentreren. In een institutionele omgeving als die in het verzorgingshuis is de keuzevrijheid ipso facto ingeperkt, zij het dat de mate waarin -zoals door ons getoond- sterk kan variëren.

In ons onderzoek hebben we getracht de omgevingscondities in het verzorgingshuis zo optimaal mogelijk te maken. Daarbij zijn we in feite te werk gegaan in de lijn van Kahana (1982): we hebben de omgeving zoveel mogelijk aangepast aan de wensen en behoeften van de oudere zelf. Anders gezegd: we hebben congruentie nagestreefd.

Om te bepalen wat in een individueel geval het optimale samengaan van omgevingsdruk en eigen mogelijkheden is, biedt het 'ecological model' van Lawton en Nahemow (1973) een geschikt kader. Daarbij zijn de volgende uitgangspunten van belang.

Het begrip competentie omvat zowel de feitelijke als de mogelijke competentie. De mogelijke competentie, in de zin van datgene wat iemand onder ideale omstandigheden kan, laat zich niet vaststellen. Het heeft alleen zin te spreken van iemands competentie in relatie tot diens performantie in situatie A op tijdstip B. Dientengevolge komt iemands competentie nooit ten volle tot uitdrukking in diens performantie.

In termen van Lawton hebben wij in ons onderzoek door middel van een gerichte interventie geprobeerd een zodanige situatie te creëren dat bewoners in hun performantie een optimaal evenwicht kunnen realiseren tussen de eigen competentie en de omgevingsdruk. In deze interventie speelt met name het invoeren van overleg tussen bewoners en personeel over de zorgverlening een belangrijke rol. Uit de gegevens over het functioneren van bewoners (performantie) leiden wij af dat zij na de interventie een groter deel van hun competentie in hun gedrag tot uiting laten komen.

## 15. Verantwoording van de methode

In dit hoofdstuk verantwoorden we onze keuze voor de methode van gedragsobservatie. Met name gaan we in op de waarde van deze methode. Tevens geven we aan waarom we voor ons onderzoek een nieuw instrument hebben ontwikkeld: de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS).

In Hoofdstuk 7 hebben we al een uitgebreide beschrijving van het instrument gegeven. Omdat het onderzoek sinds de publicatie van het betreffende artikel (1983) is voortgezet, beschikken we thans over veel meer gegevens dan toentertijd. Dit heeft ook geleid tot een verdere aanscherping van onze inzichten in de gehanteerde methode, met name inzake de validiteit en betrouwbaarheid.

### 15.1 Enkele kanttekeningen

Doel van ons onderzoek was na te gaan of het bij een specifieke groep ouderen mogelijk was een positieve invloed op hun (psychosociaal) functioneren uit te oefenen door in te grijpen in hun omgeving. Om dit te kunnen vaststellen hebben wij gekozen voor de methode van gedragsobservatie. De redenen voor deze keuze worden in de volgende paragraaf aangegeven.

Bij de samenvatting van de resultaten [Hoofdstuk 13] hebben we al opgemerkt dat onze onderzoeksresultaten niet los gezien kunnen worden van de methode. Daarmee verwezen we tegelijk naar de beperkingen van onze keuze. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen we gedetailleerder ingaan op de positieve en negatieve aspecten van onze onderzoeksmethode. Op deze plaats willen we nog enkele algemene kanttekeningen plaatsen.

Om te beginnen laat onze methode niet toe de invloed van organisatieveranderingen *direct* vast te stellen. Door middel van gedragsobservatie kan slechts het gedrag van mensen in een bepaalde situatie worden geregistreerd. Gedrag komt mede tot stand onder invloed van de omgeving waarin mensen functioneren. De positieve ontwikkeling in het functioneren van onze onderzoeksgroep vormt *indirect* een bevestiging van de juistheid van onze interventie, maar ook niet meer dan dat.

Verder biedt een regelmatige gedragsobservatie met behulp van de BPS -strikt genomen- geen aaneensluitend beeld van iemands functioneren, maar slechts een reeks momentopnamen. Door deze momentopnamen van eenzelfde persoon of groep met elkaar te verbinden (longitudinale benadering) wordt een verloop zichtbaar. Weliswaar spreken wij op grond van het verloop dat bij de longitudinale groep is geregistreerd van een positieve ontwikkeling, maar deze uitspraak blijft gebaseerd op een reeks momentopnamen, iedere drie maanden gedurende een periode van vijfenhalf jaar vastgelegd.

Tenslotte hebben wij slechts één aspect van de ingewikkelde relatie tussen de oudere mens en zijn omgeving onderzocht: het door het personeel van een verzorgingshuis waargenomen gedrag van bewoners. Wij zijn evenwel niet nagegaan wat de feitelijke behoefte van bewoners was, noch hun ervaring met of mening over hun omgeving en de invloed daarvan op hun functioneren. Evenmin hebben we expliciet aandacht besteed aan het feitelijk gedrag van personeelsleden van de instelling of hebben we het institutionele kader uitputtend beschreven. Tenslotte hebben we ook geen omvattend model voor de relatie tussen deze specifieke groep ouderen en hun omgeving ontwikkeld.

Deze kanttekeningen in acht genomen willen we nu de waarde van onze methode -en daarmee ook van de resultaten van ons onderzoek- nader omschrijven.

## **15.2 Gedragsobservatie**

Voor een onderzoek naar het psychosociaal functioneren van verzorgingshuisbewoners staan in beginsel twee methoden ter beschikking: psychologisch testonderzoek en gedragsobservatie. Onze keuze voor de laatste methode berust op de volgende gronden.

Om te beginnen hadden wij reeds eerder minder gunstige ervaringen opgedaan met klassiek psychologisch testonderzoek bij deze specifieke groep ouderen (Van Loveren-Huyben, Engelaar, Hermans, Van der Bom, Leering en Munnichs, 1984). De verzorgingshuisbewoners die aan dat onderzoek deel namen, bleken over het algemeen grote moeite te hebben met de testsituatie op zich: zij begrepen de instructie niet of konden haar niet onthouden (zie ook Zijlstra, 1986). Bovendien raakten ze snel vermoeid. Toch waren de gebruikte tests (onder andere subtests van de Hamburg Wechsler Intelligence Scale, een doolhoftest, de Benton Visual Retention en een 'trailmaking' test) van het type dat veelal bij ouderen wordt afgenomen. Kortom: deze specifieke groep deelnemers voldeed niet aan de eisen die voor een goede uitvoering van testpsychologisch onderzoek aan hen worden gesteld.

Opvallend was dat er een duidelijke samenhang bleek te bestaan tussen het opleidingsniveau van de deelnemers en de moeite die zij hadden met de testsituatie: hoe lager de opleiding, des te meer moeite men had. Deze gevolgtrekking levert een belangrijke methodische beperking op ten aanzien van voortgezet onderzoek naar het psychosociaal functioneren van ouderen in het algemeen en verzorgingshuisbewoners in het bijzonder. Aangezien het minstens nog vijftien jaar zal duren, voordat deze leeftijdsgroep in Nederland een hoger opleidingsniveau heeft (Van der Bom, 1983), zijn wij tot de slotsom gekomen dat testpsychologisch onderzoek niet de meest geschikte methode is om een goed beeld te krijgen van het functioneren van deze groep ouderen.

Van groter gewicht waren evenwel de voordelen van gedragsobservatie boven testonderzoek (Kruijer, 1973; Goga en Hambacher, 1977; Aiken, 1980; Verstraten en Van Eekelen, 1987; Van de Sande, 1986). Om te beginnen is bij gedragsobservatie geen actieve medewerking van bewoners nodig, waardoor vermoeidheids- en afleidingsfactoren, en sensorische en fysieke beperkingen geen rol spelen. In verhouding tot testonderzoek vereist het invullen van gedragsobservatieschalen een geringe tijdsinvestering. Hierdoor hoeft een onderzoek niet beperkt te blijven tot een kleine steekproef, maar kan een complete populatie erin betrokken worden. De schalen kunnen ingevuld worden door diegenen die al in contact staan met de ouderen. Ook dit werkt tijdsbesparend. Van de invullers wordt geen specifieke deskundigheid gevergd; meestal volstaat een goede instructie. Het belangrijkste voordeel van gedragsobservatie boven testonderzoek is dat er sociale gedragingen worden geregistreerd in plaats van gedrag in een kunstmatige situatie. Tenslotte is vermeldenswaard dat gedragsobservatie uitermate geschikt is in longitudinaal perspectief: de resultaten geven een beeld van het gedrag over langere tijd en in verschillende omstandigheden. Hierdoor kunnen veranderingen aan het licht komen en kunnen schommelingen in gedrag in het beeld worden verdisconteerd.

Gedragsobservatie heeft evenwel ook nadelen. Uit de resultaten op zich kan men slechts een beperkte hoeveelheid aangrijpingspunten voor de interpretatie van het gedrag en voor de bepaling van de oorzaken van het gedrag afleiden. Het instrument heeft met name een signaleringsfunctie en vaak is aanvullend medisch en/of psychologisch onderzoek nodig (Kane en Kane, 1981). Bovendien bestaat het gevaar van subjectief gekleurde informatie. Gedrag komt namelijk altijd tot stand in interactie met de omgeving en omdat de invuller deel uitmaakt van die omgeving, zullen de resultaten zijn of haar inbreng meenemen.

Nadat wij de voor- en nadelen van beide methoden tegen elkaar hadden afgewogen, hebben wij uiteindelijk gekozen voor gedragsobservatie. In deze keuze werden wij nog gesterkt door de ervaringen die men heeft opgedaan met de BOP (= Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten; Van der Kam e.a., 1971). De BOP wordt op grote schaal in verpleeghuizen toegepast. Zij staat bekend als een valide en betrouwbaar instrument en heeft haar bruikbaarheid ruimschoots bewezen (Diesfeldt, 1981; Diesfeldt, 1984; Vink e.a., 1989). De BOP geeft een indicatie van zowel de aanwezigheid als de ernst van psychische, sociale en lichamelijke problemen.

Echter, de BOP is in eerste instantie bedoeld voor het verpleeghuis, niet voor het verzorgingshuis. Het instrument kan wel in het verzorgingshuis worden toegepast, maar is volgens Diesfeldt, Jas en Merbis (1993) waarschijnlijk minder gevoelig om psychische en sociale problemen genuanceerd aan het licht

te brengen. De BOP bevat namelijk meer items met betrekking tot extreme gedragsafwijkingen, terwijl de BPS volgens Diesfeldt veel items bevat voor relatief milde gedragsanomalieën. Bovendien is de situatie in het verpleeghuis op een groot aantal punten ook wezenlijk anders dan die in het verzorgingshuis. Zo wonen de meeste bewoners er op meerpersoonskamers en verblijft men overdag doorgaans in huiskamers die voor gezamenlijk gebruik bedoeld zijn. Hierdoor heeft het personeel van verpleeghuizen veel meer de gelegenheid het gedrag van bewoners te observeren dan in verzorgingshuizen, waar iedere bewoner over een eigen appartement beschikt.

Voor de verzorgingshuissituatie was geen observatieschaal voorhanden. Om die reden hebben wij zelf een observatieschaal ontworpen: de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS; Van Loveren-Huyben e.a., 1988). De BOP, maar ook de Nederlandse bewerking van de PAMIE (= Physical And Mental Impairment of function Evaluation; Gurel e.a., 1972; Van Eekelen, 1978 en 1981) hebben daarbij als voorbeeld gediend.

Om een beeld te krijgen van de problematische gedragskenmerken van bewoners hebben wij items geselecteerd die betrekking hebben op het cognitief, emotioneel en sociaal functioneren (Kane en Kane, 1981). Daarnaast hebben wij de schaal aangevuld met gedragsaspecten die specifiek zijn voor het sociale gedrag van verzorgingshuisbewoners (bijvoorbeeld 'trekt zich terug op de kamer' en 'moet aangemoedigd worden om aan activiteiten deel te nemen'). Tevens zijn enkele items toegevoegd over agressief gedrag en zijn de contactfuncties 'horen, zien en spreken' opgenomen om een beeld te krijgen van de mogelijke beperkingen van de bewoners in de omgang met anderen. Voor een uitgebreide beschrijving van de BPS verwijzen we naar Hoofdstuk 7. In Bijlage 1 is een complete BPS-lijst opgenomen.

Voor het in kaart brengen van het lichamelijk functioneren van de bewoners hebben wij ons gebaseerd op de methode die is ontwikkeld door het organisatiebureau Twijnstra en Gudde (Bakker-Lenderink, 1974; zie Bijlage 2). Deze 'ADL-meting' vindt haar oorsprong in het onderzoek van Leering (1968).

### **15.3 Betrouwbaarheid**

Wanneer we over de betrouwbaarheid van de BPS spreken, dienen we verschillende aspecten te onderscheiden. Hieronder wordt er een viertal genoemd: interne consistentie, stabiliteit, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en beoordelingsprocedure.

### **15.3.1     *Interne consistentie***

In de twaalf jaar dat wij de BPS gebruiken, hebben wij meerdere malen een factoranalyse uitgevoerd om na te gaan of de indeling in drie aspecten gerechtvaardigd is (Van Loveren-Huyben e.a., 1988; Van Westerhoven e.a., 1992; Bronts, Van Loveren-Huyben en Van Westerhoven, 1993). Op basis van deze analyses kunnen we stellen dat de verdeling in de drie factoren correct is. Huijsman (1990) heeft over zijn gegevens van ruim 1.000 verzorgingshuisbewoners ook een factoranalyse uitgevoerd. Ook hij vindt de drie factoren terug. Gezamenlijk verklaren ze in zijn onderzoek 65,4% van de variantie tussen bewoners. De betrouwbaarheid van de oorspronkelijke schalen is, volgens de bevindingen van Huijsman, buitengewoon hoog en leidt tot betrouwbaarheidscoëfficiënten (Cronbach's alpha) die ver boven 0.8 liggen: bij cognitie is de coëfficiënt 0.94, bij stemming 0.90 en bij sociaal contact 0.87. Deze hoge cijfers zijn vergelijkbaar met die welke wij in 1992 hebben bepaald op basis van gegevens bij bijna 5.000 verzorgingshuisbewoners (Koster-de Wit en Bronts, 1993). Voor cognitie, stemming en sociaal contact ligt de interne consistentie (Cronbach's alpha) respectievelijk op 0.90, 0.88 en 0.84. De interne consistentie voor de gehele BPS is 0.96.

### **15.3.2     *Stabiliteit***

In de afgelopen twaalf jaar hebben zich enkele wijzigingen voorgedaan in het gebruik van de BPS. Aanvankelijk werkte men in de verzorgingshuizen met verzamelformulieren. Daarop konden de scores van meerdere waarnemingen worden ingevuld. De beoordelaars hadden een overzicht van de voorafgaande beoordelingen. Een afwijking van de vorige score betekende derhalve dat men in vergelijking met de laatste waarneming een verandering signaleerde. Deze werd in het gesprek tussen de beoordelaars steeds gemotiveerd [zie Hoofdstuk 7].

In 'Zorgvliet' is bij de eerste elf waarnemingen de beoordelingsschaal ingevuld door de afdelingshoofden samen met het hoofd verzorging. Daarna zijn de beoordelingen verricht door de afdelingshoofden samen met de contactverzorgenden. De beoordelingen werden nog steeds op verzamelformulieren ingevuld. Om praktische redenen zijn er echter twee formulieren afwisselend gebruikt: het ene bij de even waarnemingen en het andere bij de oneven. Vanaf waarneming negentien zijn per keer afzonderlijke formulieren gebruikt.

In 'De Oldenzaag' zijn de bewoners gedurende de gehele onderzoeksperiode door het hoofd van hun afdeling in samenwerking met het hoofd verzorging beoordeeld. In dit huis zijn steeds verzamelformulieren gebruikt.

Tegenwoordig wordt per waarneming voor iedere bewoner een apart beoordelingsformulier ingevuld, waardoor iedere meting als een onafhankelijke kan worden beschouwd.

Ondanks deze veranderingen in de procedure hebben wij geconstateerd (Van Loveren-Huyben e.a., 1988) dat de stabiliteit tussen de beoordelingen in alle gevallen ruim voldoende is gebleven bij die groep die als de stabiele kern van het verzorgingshuis kan worden aangemerkt.

### **15.3.3      *Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid***

In de Handleiding (Van Loveren-Huyben e.a., 1988) geven wij aan dat de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid nader onderzoek behoeft. Gezien de hoge werkdruk in de verzorgingshuizen en gezien het feit dat in de meeste huizen slechts enkele personeelsleden de bewoners het beste kennen, omdat zij hen meestal verzorgen, blijkt het in de praktijk nauwelijks haalbaar om een dergelijk onderzoek uit te voeren. Om die reden is het dan ook in 'Zorgvliet' en 'De Oldenzaag' achterwege gebleven.

Wel hebben we in twee andere verzorgingshuizen, zij het op kleine schaal, een onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid gedaan. Twee groepjes van twee personeelsleden hebben daar een BPS ingevuld van dezelfde bewoners. De overeenkomsten tussen de beoordelingen waren vrij groot (niet gepubliceerd intern verslag).

Om de betrouwbaarheid zo goed mogelijk te garanderen is steeds de eis gesteld dat twee personen samen de BPS invullen. Om de betrouwbaarheid van de metingen verder zo goed mogelijk te garanderen hanteren we de volgende beoordelingsprocedure.

### **15.3.4      *Beoordelingsprocedure***

Voordat personeelsleden van een verzorgingshuis ertoe overgaan de bewoners te beoordelen met behulp van de BPS, krijgen zij vooraf een goede *instructie*. Het doel hiervan is zo snel mogelijk te komen tot betrouwbare metingen. Het is belangrijk dat het personeel oog krijgt voor het psychisch en sociaal functioneren van de bewoners door hen zeer nauwkeurig te observeren. Door middel van een *intensieve trainingsprocedure* wordt het personeel geleerd wat observeren is, en wordt uitleg gegeven over de gedragsaspecten die in de BPS voorkomen. Om verkeerde interpretaties tegen te gaan is per item een korte omschrijving van de inhoud gegeven. Het personeel krijgt vervolgens de opdracht om tijdens hun dagelijks werk een aantal bewoners gedurende een periode van drie à vier weken nauwkeurig te observeren. Daarna vullen zij *samen met een ander personeelslid* de beoordelingslijst in. Indien zij van mening verschillen over de frequentie van een bepaald gedragsaspect, moeten zij toch proberen tot één antwoord te komen. Overigens is in een aparte toelichting ook de betekenis van de antwoordcategorieën vermeld.

Onder leiding van een deskundige worden de ingevulde lijsten doorgenomen en besproken met de betrokken personeelsleden. Eventuele moeilijkheden komen



dan aan bod en de items worden nogmaals gezamenlijk doorgenomen om mogelijk verkeerde interpretaties op te sporen. Zonodig volgt een tweede instructie. Tegenwoordig gaat aan de eerste 'echte' meting meestal een proefmeting vooraf, waarbij het personeel slechts van enkele bewoners een BPS invult.

## **15.4 Validiteit**

In Hoofdstuk 7 hebben we reeds in beperkte mate aandacht geschonken aan de validiteit van de BPS. Omdat we thans over meer gegevens beschikken, kunnen we betrouwbaarder uitspraken doen over de validiteit van de door ons ontwikkelde gedragsobservatieschaal dan indertijd (1983) mogelijk was. Daarbij maken we in deze paragraaf onderscheid tussen de volgende twee vormen: begripsvaliditeit en criteriumvaliditeit.

### **15.4.1 Begripsvaliditeit**

De term begripsvaliditeit is methodologisch gezien een betere omschrijving voor hetgeen we in Hoofdstuk 7 hebben gezegd over 'externe validiteit'. Met begripsvaliditeit wordt de mate bedoeld waarin het meetinstrument het te meten construct ook daadwerkelijk meet.

Zoals eerder aangegeven is de BPS samengesteld uit drie factoren: cognitie, stemming en sociaal contact. In de Handleiding van de BPS (Van Loveren-Huyben, e.a., 1988) wordt een omschrijving gegeven van deze drie dimensies. De factor *cognitie* is samengesteld uit items over geheugen, oriëntatie, verwardheid, alertheid, taalvaardigheid en -begrip. Ook is een item opgenomen dat weergeeft of iemand moeite heeft met het nemen van beslissingen. De score op cognitie geeft weer in hoeverre iemand problemen op deze terreinen ondervindt. De factor *stemming* bestaat enerzijds uit items die aangeven in hoeverre iemand voor zichzelf opkomt en de aandacht trekt van het personeel. Anderzijds wordt een beeld geschetst van de emotionele problemen die een bewoner ervaart. Over het algemeen worden bewoners die hoog scoren op stemming als lastig ervaren. Een nadere beschouwing van het gedrag van de bewoners wijst meer in de richting van assertiviteit. De factor *sociaal contact* geeft weer of iemand zich terug trekt op zijn kamer, niet uit zichzelf deelneemt aan gezamenlijke activiteiten en eenzaam is.

Diesfeldt e.a. (1993) hebben bij ongeveer 1.000 verzorgingshuisbewoners naast de BOP ook de BPS en een ADL-hulpindex afgenomen. Zij hebben hoge correlaties gevonden tussen de BOP en de BPS. De BOP-schalen Agressief en Depressief gedrag correleerden het hoogst met *stemming* van de BPS (Pearson correlaties;  $r = 0.73$  respectievelijk  $0.59$ ). De BOP-subschalen Hulpbehoefendheid en Psychische invaliditeit correleerden het hoogst met *cognitie* ( $r = 0.77$

voor beide schalen). De subschaal Inactiviteit correleerde het hoogst met *sociaal contact* ( $r = 0.71$ ). Berekening van multiple correlaties laat een nog sterkere samenhang zien tussen BPS- en BOP-scores.

Duine (1991) heeft op vier groepsverzorgingsafdelingen van verzorgingshuizen naast de BPS de OPG (= Observatieschaal voor Psychogeriatrische patiënten) afgenomen. Geconcludeerd wordt dat er een grote onderlinge samenhang tussen de schalen bestaat, hetgeen de begripsvaliditeit bevestigt. De OPG-schaal Oriëntatie correleert het hoogst met *cognitie* ( $r = -0.79$ ). De Sociaal contact-schaal van de OPG hangt wat sterker samen met *cognitie* dan met *sociaal contact* van de BPS ( $r = -0.50$  respectievelijk  $-0.40$ ). Volgens Duine wijst dit erop dat in de Sociaal contact-schaal van de OPG naast feitelijk sociaal contact vooral ook de voorwaarden daartoe in persoonlijk functioneren naar voren komen. De OPG-schaal Stemming en storend gedrag vertoont een significante samenhang met *stemming* van de BPS ( $r = -0.54$ ).

Tot slot is indirect voor de validiteit van de BPS van belang dat Huijsman (1990) zijn gegevens over de psychosociale problematiek van de bewoners vergelijkbaar acht met die uit het onderzoek van Te Wierik en Frederiks (1990).

#### **15.4.2 Criteriumvaliditeit**

Aan criteriumvaliditeit kunnen twee aspecten worden onderscheiden: predictieve en concurrente validiteit. Een meetinstrument wordt predictief valide genoemd, wanneer het scores op een criteriumvariabele die in de toekomst ligt, goed kan voorspellen. Concurrente validiteit is de mate waarin een meetinstrument onderscheid kan maken tussen subjecten op een bepaald criterium dat bij al deze subjecten op hetzelfde tijdstip is gemeten.

Tot nog toe is er geen onderzoek gedaan naar de predictieve validiteit van de BPS. Daarom beperken we ons in deze paragraaf tot de concurrente validiteit.

Het doel van de BPS is gedragsproblemen te signaleren. De resultaten kunnen worden gebruikt om (zorg)beleid op individueel en groepsniveau te sturen en te evalueren. De gegevens van individuele bewoners kunnen aanleiding vormen voor nader onderzoek. Een cognitiescore van  $> 20$  wijst bijvoorbeeld op ernstige cognitieve problemen en kan betekenen dat er sprake is van psychogeriatrische stoornissen. In de praktijk blijkt uit aanvullend psychologisch testonderzoek dat dit in de meeste gevallen inderdaad zo is. Meestal volgt er een indicatie voor een psychogeriatrisch verpleeghuis of een indicatie voor groepsverzorging (Hogeling, in voorbereiding). Hiermee is aangetoond dat de BPS relevant is voor de diagnostiek.

De BPS is echter niet bedoeld om pure persoonsdiagnostiek te bedrijven. Omdat het een gedragsobservatieschaal is, komt in de scores de interactie tussen een persoon en zijn omgeving tot uitdrukking. In het geval van een ernstige mate

van problematiek zal de invloed van de omgeving minimaal zijn: meestal zal dan sprake zijn van 'stoornissen'. In het geval van 'gezonde' bewoners geldt hetzelfde. Ook dan zal de invloed van de omgeving minimaal zijn en kan er wel gesproken worden over de kenmerken van een persoon. In het tussengebied ligt de nadruk op de interactie (Commentaar van de Commissie Testaangelegenheden van het Nederlands Instituut van Psychologen, 1991).

Aanvankelijk was de gedachte dat de factor Stemming zou duiden op depressie. Bij nader onderzoek (Koster-de Wit en Bronts, 1993) bleek er geen verband te bestaan tussen de subschaal Stemming en de depressieschalen GDS (= Geriatric Depression Scale; Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey en Rose, 1982) en DIS (= Diagnostic Interview Schedule; Robins, Helzer en Ratcliff, 1981). Koster-de Wit en Bronts hebben vervolgens, uit de twaalf items die er inhoudelijk voor in aanmerking kwamen, met behulp van principale factoranalyse een nieuwe subschaal voor depressie samengesteld. Deze schaal bestaat uit de items 'is in zichzelf gekeerd', 'is neerslachtig of gedeprimeerd', 'trekt zich terug op de kamer' en 'laat merken dat hij een einde aan zijn leven wil maken'. Deze schaal blijkt echter slechts een beperkte voorspellende waarde voor depressie te hebben: 94% van de bewoners met een score lager dan zeven blijkt geen depressie te hebben, terwijl slechts een derde van de bewoners met een score hoger dan zeven wel een depressie heeft. De factor Stemming duidt dus niet op depressie. Wel geeft hij inzicht in emotionele problematiek in haar algemeenheid. De nadruk ligt daarbij op irritaties, mopperig gedrag en klaaggedrag.

#### **15.4.3      *Meetpretentie van de ADLP-schaal en de BPS***

De ADLP-schaal geeft aan bij welke activiteiten van het dagelijks leven het personeel hulp biedt. In het verleden is ook wel -met het oog op het verkrijgen van extra personele middelen- de hulp ingevuld die men zou *willen* bieden. De ADLP-schaal geeft dus inzicht in het zorgaanbod, niet in de zorgproblematiek zoals de BPS. In een vervolgonderzoek willen wij overigens een instrument ontwikkelen dat -los van het zorgaanbod- inzicht verschaft in de lichamelijke zorgproblematiek, als pendant van de BPS.

Zoals gezegd geeft de BPS uitsluitend inzicht in de zorgproblematiek - het omgekeerde van de ADLP-schaal. De vertaling naar de zorgactiviteiten wordt hiermee niet gemaakt. In vervolgonderzoek hebben wij deze stap wel pogen te zetten. Daarbij hebben we om te beginnen de zorgproblematiek per bewoner niet alleen beschreven naar afzonderlijke aspecten (cognitie, stemming en sociaal contact), maar ook in een clustering van gegevens, inclusief de ADLP (Bronts e.a., 1993).

Op grond van een clusteranalyse van 24.000 BPS- en ADLP-lijsten kunnen we zes 'zorgprofielen' onderscheiden:

1. relatief valide bewoners met geen of lichte problemen op de vier aspecten;
2. bewoners met veel sociale problemen en relatief minder lichamelijke hulpbehoefvendheid;
3. bewoners met veel stemmingsproblemen;
4. bewoners die vooral lichamelijk hulpbehoefvend zijn;
5. bewoners met veel cognitieve en sociale problemen en een grote mate van lichamelijke hulpbehoefvendheid;
6. bewoners met veel problemen op de vier aspecten.

Diesfeldt e.a. (1993) hebben op basis van hun onderzoek vijf zorgprofielen onderscheiden. Bij hen komt het eerdergenoemde vierde profiel, dat bestaat uit bewoners die vooral lichamelijk hulpbehoefvend zijn en nauwelijks psychosociale problemen vertonen, niet voor. Momenteel zijn we bezig een relatie te leggen tussen de gevonden zorgprofielen en de zorgzwaarte van de bewoners.

## **15.5 Opzet van het onderzoek**

Het is duidelijk dat het onderzoek in 'Zorgvliet' niet volgens een methodologisch sterk design is verlopen. Het valt in de categorie die Smyer en Gatz (1986) het pre-experimentele design noemen. Slechts één groep wordt gevolgd met een aantal pre- en postinterventiemetingen. Er zijn nog andere bezwaren aan te voeren. Hetzelfde instrument is gebruikt voor deskundigheidsbevordering van het personeel en het meten van de interventie-effecten. De observatoren zijn niet 'blind' met betrekking tot de interventie en de hypothesen over de mogelijke effecten ervan. Bovendien kan de BPS het effect van een veranderde perceptie van observatoren en een reële gedragsverandering bij de geobserveerde niet scheiden. Tenslotte werd vóór de veranderingen een ander scoreformulier gebruikt dan na de veranderingen [zie Paragraaf 15.3.2].

Al deze elementen leveren het gevaar van een 'Rosenthal-effect' op (Rosenthal en Rosnow, 1969). De kans is namelijk groot dat de perceptie die het personeel van de bewoners heeft, na de interventie verschuift in de richting van de door de onderzoekshypothesen veronderstelde gedragsveranderingen. Omdat de BPS is gebaseerd op de perceptie van het personeel, kunnen verbeteringen die na de interventie zijn opgemerkt, evenzeer de verwachtingen van de observatoren reflecteren als de reële gedragsveranderingen bij de bewoner.

Toch is ons inziens het zogenaamde Rosenthal-effect, zo het al aanwezig was, beperkt gebleven (zie ook Verhaeghen, 1989). In de eerste plaats zou het personeel bij alle groepen bewoners na de interventie een verbetering hebben moeten constateren. Dat was niet het geval. Bij de alleroudste bewoners en bij degenen

die kort voor overlijden of voor verhuizing naar een verpleeghuis stonden, ging het proces van achteruitgang door. Bij hen was geen sprake van een verbetering, maar een jaar voor uitval zelfs van een 'terminal drop'. Het is niet aannemelijk dat het personeel een jaar tevoren uitval kan voorspellen. Dit gegeven wijst erop dat het personeel nauwkeurig heeft beoordeeld en zich niet heeft laten leiden door de onderzoekshypothesen.

In de tweede plaats blijkt de lichamelijke hulpbehoefte niet met het psychosociaal functioneren mee te fluctueren. Als de perceptie van het personeel gestuurd zou worden door de onderzoekshypothesen, dan gebeurt dat minstens gedifferentieerd voor de BPS en de ADLP. De laatste verandert meteen na de organisatieveranderingen. Dit is niet verwonderlijk, omdat de ADLP een afspiegeling is van het zorgaanbod. Na de veranderingen in de organisatie vindt er overleg plaats tussen de contactverzorgenden en de bewoners over de benodigde zorg. Dit bepaalt direct het zorgaanbod. De BPS geeft een beeld van de zorgproblematiek. Deze is voor een deel een reactie op de omgeving. Dit verklaart waarom het enige tijd duurt voordat de organisatieveranderingen terug te vinden zijn in de zorgproblematiek.

In de derde plaats zou men kunnen verwachten dat bij aanwezigheid van een Rosenthal-effect de BPS-scores na het inrichten van de huiskamers in gunstige zin zouden veranderen. Dit was niet het geval.

In de vierde plaats is bij de bespreking van de resultaten gebleken dat de observatoren geen samenhang hebben gezien tussen de scores die zij invulden op de individuele items, en de factorscores. Zij stonden vaak verbaasd over de resultaten die er, na verwerking, uitkwamen. Hieruit is af te leiden dat zij de gegevens niet 'gestuurd' hebben.

Bovendien zij opgemerkt dat een veldonderzoek als het onze ook nauwelijks volgens een gecontroleerd design in een experimentele setting kan verlopen (McEwen, 1980). Kenmerkend voor een dergelijk design is het bestaan van een onderzoeksgroep en een controlegroep, die onder gelijke omstandigheden worden gevolgd. Theoretisch gesproken staan twee mogelijkheden open: het onderzoek vindt plaats in één en hetzelfde huis of in twee 'identieke' huizen. In beide gevallen doen zich praktische problemen en storende factoren voor.

Wanneer het onderzoek in één huis het interventiepunt bereikt, vraagt een gecontroleerd design om een verschil in aanpak van het personeel ten opzichte van respectievelijk de onderzoeksgroep en de controlegroep. De leden van de controlegroep ontvangen nog zorg volgens de taakgerichte benadering, de leden van de onderzoeksgroep daarentegen krijgen te maken met bewonersgericht werken. Een dergelijke opzet brengt praktisch-organisatorische problemen voor personeel en leidinggevend met zich mee, het verschil in werkwijze is duidelijk merkbaar en de beide deelnemende groepen kunnen elkaars reactie daar-

op beïnvloeden. Afgezien daarvan vonden (en vinden) wij een dergelijk onderscheid ethisch niet verantwoord: van meet af aan bestond bij ons de overtuiging dat bewonersgericht werken een positief effect zou hebben op het functioneren van de betrokkenen.

Bij een onderzoek in twee 'identieke' huizen blijft er -louter theoretisch al- door de veelheid van factoren sprake van oncontroleerbare storende elementen, hoe gering het onderlinge verschil ook zou zijn: ligging, populatie, personeelsbestand enzovoort. De praktijk bevestigt deze vooronderstelling: verzorgingshuizen hebben soms eigenschappen, hoe klein ook, die karakteristiek zijn voor juist dat ene huis, bijvoorbeeld een bepaalde gewoonte in de werkwijze of in de benadering van de bewoners. Dit vertroebelt een gecontroleerd design.

## **15.6 Representativiteit**

Wanneer wij de resultaten van ons onderzoek in 'Zorgvliet' en 'De Olden Haag' proberen te vertalen naar de situatie in andere verzorgingshuizen in Nederland, dan luidt de reactie steevast: 'Bij ons gaat dat niet op! Onze bewoners zijn veel hulpbehoevender. En de nieuwe bewoners zijn vanaf de opname al zeer hulpbehoevend.' Afgezien van het feit dat eenieder graag zijn eigenheid benadrukt, bevat deze opmerking ook de gedachte dat het onderzoek niet representatief is voor om het even welk Nederlands verzorgingshuis.

Om die reden gaan wij in deze paragraaf na of de verzorgingshuizen waar we onderzoek hebben gedaan, twee zeer bijzondere huizen zijn dan wel representatief genoemd kunnen worden voor de verzorgingshuizen in Nederland in het algemeen. Daarbij moet vooraf worden opgemerkt dat we de representativiteit van de huizen niet statistisch hebben getoetst. Wij baseren onze uitspraken op een globale vergelijking met andere huizen aan de hand van een aantal kenmerken.

We maken daarbij onderscheid naar algemene kenmerken van de huizen, demografische gegevens van de bewoners, kenmerken van de werkwijze en de kwaliteit van zorg, de lichamelijke hulpbehoevendheid en de psychosociale problematiek. Bij het laatste onderwerp schenken we speciaal aandacht aan de nieuwe bewoners, omdat het opnamebeleid van een verzorgingshuis bepalend kan zijn voor de aard en omvang van de psychosociale problematiek en de lichamelijke hulpbehoevendheid.

### **15.6.1 Tehuiskenmerken en bewonerskenmerken**

'Zorgvliet' ligt in een grote stad in het oosten van Nederland. Het is een groot verzorgingshuis waar 300 bewoners wonen. Het verzorgingshuis heeft een protestants-christelijke grondslag. Het gebouw kent drie afzonderlijke vleugels; het oudste deel stamt uit 1964, het jongste uit 1975. De appartementen in het oudste bouwdeel zijn relatief klein en voldoen niet meer aan de eisen van

deze tijd. Het nieuwste deel heeft veel ruimere appartementen. Het verzorgingshuis ligt aan de rand van een woonwijk; winkels zijn er niet in de buurt. In de onmiddellijke nabijheid is een gecombineerd verpleeghuis gelegen. De wachtlijst voor het verpleeghuis is niet lang.

‘De Olden Haag’ is gelegen in een klein stadje, ook in het oosten van Nederland, maar noordelijker dan ‘Zorgvliet’. Het is ook iets kleiner dan ‘Zorgvliet’: er wonen 180 bewoners. ‘De Olden Haag’ is een katholiek huis. Het werd gebouwd in 1975. De appartementen zijn verdeeld over vier verdiepingen en voldoen aan de eisen van deze tijd. Het verzorgingshuis ligt vlak bij een winkelcentrum. Pal aan de overkant bevindt zich een grote supermarkt. De wachtlijst voor het verpleeghuis, dat in een andere plaats ligt, is lang.

Samenvattend zouden we kunnen zeggen dat ‘Zorgvliet’ en ‘De Olden Haag’ model staan voor verzorgingshuizen in kleine en middelgrote steden.

In beide huizen wonen de bewoners, met uitzondering van echtparen, op eenpersoonskamers. Sociaal-recreatieve activiteiten vinden plaats in algemene ruimtes. De aanvragen voor opname worden beoordeeld door een indicatiecommissie. De financiering verloopt in beide huizen ten tijde van het onderzoek op basis van de meerzorgregistratie. Het personeel bestaat in beide huizen overwegend uit bejaardenverzorgenden. Deze situatie geldt voor nagenoeg alle huizen in Nederland.

De bewonerspopulatie van ‘Zorgvliet’ is qua leeftijd, burgerlijke staat en geslacht vergelijkbaar met die van andere verzorgingshuizen in het land [zie Hoofdstuk 7]. De populatie van ‘De Olden Haag’ is gemiddeld genomen iets jonger [zie Hoofdstuk 10].

### **15.6.2      *Werkwijze en kwaliteit van zorg***

Bij aanvang van het onderzoek is ‘Zorgvliet’ verdeeld in drie afdelingen van ieder 100 bewoners. Er vinden veel recreatieve activiteiten plaats. Deze activiteiten zijn, evenals het koffie drinken in de ochtend, bedoeld voor alle bewoners van het huis gezamenlijk. De maaltijden gebruiken de bewoners op hun kamer. De warme maaltijd wordt op plateaus rondgebracht. De boterhammen en het beleg voor de avondmaaltijd en het ontbijt van de volgende dag worden ’s middags in broodtrommels bezorgd. Dit geldt voor alle bewoners, los van het feit of zij zelf voor hun broodmaaltijd zouden kunnen zorgen.

Het personeel werkt dagelijks aan de hand van werkschriften, waarin staat aangegeven welke zorg aan de bewoners moet worden verleend. Voor de andere werkzaamheden, zoals het rondbrengen van de broodtrommels, de post en het fruit, het leegmaken van de prullebakken en het schoonmaken van de wastafels, is per taak telkens één personeelslid aangewezen. Het gevolg is dat de bewoners

veel verschillende gezichten op een dag zien. Kortom: vóór de organisatieveranderingen wordt er in 'Zorgvliet' taakgericht gewerkt, het zorgaanbod is voor de bewoners gestandaardiseerd. Na de organisatieveranderingen is er sprake van bewonersgericht werken, waarbij het zorgaanbod meer afgestemd wordt op de zorgbehoefte van de individuele bewoner [zie Hoofdstuk 9].

Ook in 'De Oldenhaag' vinden veel recreatieve activiteiten plaats. Deze zijn overwegend voor kleine groepen bestemd. De dienst activiteitenbegeleiding heeft hierin, samen met de directie, het initiatief genomen. Onder leiding van de betrokken medewerkster is een groepsverzorging opgezet voor bewoners die een indicatie hebben voor de psychogeriatric, maar nog niet geplaatst konden worden in een verpleeghuis. Ook voor de overige bewoners worden activiteiten in kleinere groepen georganiseerd. De activiteitenbegeleiding neemt in 'De Oldenhaag' een belangrijke plaats in en wordt nadrukkelijk gezien als onderdeel van de zorg- en dienstverlening: er worden zelfs formatieplaatsen van de verzorging voor ingezet.

Voor de warme maaltijd hebben de bewoners de keuze om die gezamenlijk te gebruiken met andere bewoners of alleen op hun kamer. De benodigdheden voor de broodmaaltijd moeten de bewoners zelf kopen, hetzij in de toko, hetzij in het nabijgelegen winkelcentrum.

De privacy van de bewoners staat in 'De Oldenhaag' hoog aangeschreven. Ieder appartement heeft een eigen voordeur, met een eigen brievenbus. Het personeel mag niet zonder te kloppen of te bellen bij de bewoner binnengaan. De afzonderlijke verdiepingen van het huis hebben ieder een eigen kleur, zodat ze goed herkenbaar zijn.

De werkwijze van het personeel is erop gericht de zelfstandigheid en eigen verantwoordelijkheid van de bewoners zoveel mogelijk te behouden. De te geven zorg wordt bepaald in overleg tussen bewoner en personeel. Het zorgaanbod wordt in dit huis bepaald op grond van de zorgbehoefte van de bewoner. Bewoners hebben meer keuzemogelijkheden dan de bewoners van 'Zorgvliet' (vóór de organisatieveranderingen weliswaar).

Voorzover wij op basis van eigen ervaring en onderzoek kunnen beoordelen, wordt in de meeste verzorgingshuizen nog op een meer of minder taakgerichte manier gewerkt. Groepsverzorging is inmiddels wel een wijd verbreide benadering in verzorgingshuizen geworden. Ook in dit opzicht kunnen 'Zorgvliet' en 'De Oldenhaag' representatief worden genoemd.



### **15.6.3      *Lichamelijke hulpbehoevendheid en psychosociale problematiek***

In Hoofdstuk 7 is verondersteld dat de problematiek die wij in 'Zorgvliet' hebben aangetroffen, terug te vinden zou zijn in andere verzorgingshuizen. Om deze veronderstelling te toetsen vergelijken we de gevonden problematiek met gegevens uit onderzoek in andere verzorgingshuizen. Tenslotte schenken we speciale aandacht aan de nieuwe bewoners.

#### *15.6.3.1      Onderzoek in andere verzorgingshuizen*

De afgelopen twaalf jaar is op grote schaal onderzoek gedaan met de BPS. Begin 1993 is er een rapport gepubliceerd, waarvan de gegevens zijn gebaseerd op bijna 24.000 volledig ingevulde observatielijsten (Bronts e.a., 1993). In totaal gaat het om 5.500 bewoners, afkomstig uit 66 verzorgingshuizen. Deze huizen liggen verspreid over de provincies Gelderland, Overijssel, Zuid-Holland, Zeeland, Noord-Brabant en Limburg. De bewoners zijn qua persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en burgerlijke staat) vergelijkbaar met die van alle Nederlandse verzorgingshuizen: ze zijn gemiddeld 85 jaar oud, drie kwart van hen is vrouw en ruim 80% is alleenstaand. Gemiddeld wonen zij op het moment van onderzoek vierenhalf jaar in het verzorgingshuis.

Op de drie aspecten van de BPS afzonderlijk heeft 12% van deze normgroep ernstige of zeer ernstige problemen. Op cognitie heeft 37% van de bewoners geen problemen, op stemming geldt dit voor 29% van de bewoners en op sociaal contact voor 30%. Bij de lichamelijke verzorging heeft bijna een kwart van de bewoners veel hulp nodig van het personeel, terwijl 11% geen hulp nodig heeft. Deze gegevens zijn vergelijkbaar met die van 'Zorgvliet'.

De bewoners van 'De Oldenzaag' functioneren gemiddeld duidelijk beter dan de genoemde groep. Het percentage bewoners zonder cognitieve problemen ligt in 'De Oldenzaag' hoger, het percentage met ernstige of zeer ernstige problemen is kleiner. Op stemming valt in 'De Oldenzaag' met name het hoge percentage zonder problematiek op. De lichamelijke hulpbehoevendheid wijkt niet af van die van de genoemde groep.

Bij deze vergelijking moeten wel enige kanttekeningen worden geplaatst. Nader analyse van de 66 verzorgingshuizen waaruit de groep is opgebouwd, laat zien dat er onderling grote verschillen bestaan (Van der Bom en Van Loveren-Huyben, 1990). Het percentage bewoners zonder cognitieve problemen varieert van 10 tot 63, het percentage met ernstige of zeer ernstige problematiek loopt uiteen van 8 tot 35.

Ook op stemming zijn grote verschillen geconstateerd. Het percentage met ernstige problemen varieert van 3 tot 30. Het percentage zonder stemmingsproblemen kent eveneens een grote variatie. In het gunstigste geval ligt het op 61%. In

een huis met veel problematiek wordt slechts bij 5% van de bewoners geen enkel stemmingsprobleem opgemerkt.

Hetzelfde geldt voor de sociale problematiek. Het percentage bewoners met ernstige sociale problemen varieert van 6 tot 30. Het percentage zonder enig probleem varieert van 8 tot 59.

In lichamelijk opzicht varieert het percentage bewoners dat volledig hulpbehoevend is van 0 tot 25. Het percentage bewoners dat geen hulp van het personeel nodig heeft, loopt uiteen van 5 tot 20.

Tenslotte kenmerken deze huizen zich niet allemaal door een duidelijke visie, dit in tegenstelling tot 'Zorgvliet' en 'De Oldenzaag'. Bovendien is er lang niet altijd sprake van 'probleemloze', rustige organisaties.

De gegevens van de 66 verzorgingshuizen wijken niet noemenswaardig af van die van het Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG; Nieland, 1992) en die van Diesfeldt e.a. (1993). Zij vermelden gegevens van 2.000 respectievelijk 1.000 verzorgingshuisbewoners. Andere auteurs (Huijsman, 1990; Rinia, 1991) komen gemiddeld tot hogere percentages bewoners met ernstige of zeer ernstige problematiek (ongeveer 30%). Dit verschil zou verklaard kunnen worden door het feit dat deze laatste auteurs een eenmalig onderzoek met de BPS hebben gedaan naar de zorgproblematiek van verzorgingshuisbewoners. Zowel bij Nieland en Diesfeldt e.a. als bij ons is het onderzoek met de BPS meestal onderdeel van een langer en uitgebreider traject van begeleiding in de verzorgingshuizen. Niettemin hebben ook wij in enkele huizen dergelijk hoge percentages vastgesteld.

Vermeldenswaard is een (ander) onderzoek van het Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie (BTSG, 1989) over een verzorgingshuis met groepsverzorging: De Mirthehof in Zeist. Op cognitie, stemming en sociaal contact komen vergelijkbare percentages met ernstige problemen voor als in de groep van 66 verzorgingshuizen.

Vink e.a. (1989) hebben een vergelijkend onderzoek gedaan tussen verzorgings- en verpleeghuizen, weliswaar niet met de BPS maar met de BOP. Zij komen tot de conclusie dat er in verzorgingshuizen veel depressief gedrag voorkomt, dat de bewoners vrij inactief zijn en weinig onderlinge contacten hebben. Hun gegevens zijn vergelijkbaar met die van ons.

#### *15.6.3.2 Onderzoek ten aanzien van nieuwe bewoners*

De nieuwe bewoners van 'Zorgvliet' en 'De Oldenzaag' komen met relatief geringe psychosociale problematiek en lichamelijke hulpbehoevendheid het verzorgingshuis binnen.

Alom wordt beweerd dat het niveau van nieuwe bewoners steeds slechter wordt. Steeds opnieuw, ook in andere verzorgingshuizen, blijkt dat dit over de gehele

linie genomen niet het geval is (onder andere Van Loveren-Huyben, 1990; Van Westerhoven e.a., 1992). Onlangs hebben wij in een verzorgingshuis geconstateerd dat de problematiek van degenen die het laatste half jaar zijn opgenomen, naar verhouding vrij gering is, terwijl men beweerde dat er sprake is van een toenemende hulpbehoefte bij nieuwe bewoners. Desondanks is de problematiek onder de reeds langer verblijvende bewoners aanzienlijk. Onze conclusie luidt dan ook dat de problematiek van de bewoners tijdens het verblijf in het verzorgingshuis toeneemt.

Huijsman (1990) komt tot een vergelijkbare vaststelling. In zijn onderzoek in twaalf Limburgse verzorgingshuizen (totaal 1.120 bewoners) heeft hij gevonden dat er geen verschillen bestaan tussen de nieuwe opnames van de verschillende huizen met betrekking tot lichamelijke en psychosociale problematiek. Dit verklaart hij door de nivellerende werking die er van het gezamenlijke opnamebeleid uitgaat. Bovendien blijken de nieuwe bewoners uit 1989 op alle schalen (BPS, ADL) beter dan degenen die er al een jaar wonen. Desondanks heeft hij duidelijke verschillen gevonden tussen de populaties van de huizen. Volgens hem is dit een gevolg van de wijze van zorgverlening.

De manier van zorgverlening zou mogelijk ook de reden kunnen zijn waarom Huijsman een grotere mate van problematiek in de door hem onderzochte verzorgingshuizen vindt dan wij. Op cognitie, stemming en sociaal contact hebben respectievelijk 24, 37 en 29% van de bewoners ernstige of zeer ernstige problemen.

Van onze kant tekenen wij hierbij aan dat de nieuwe bewoners van 'Zorgvliet' na de organisatieveranderingen niet achteruit gaan. Dit wijst erop dat de manier van zorgverlening duidelijk van invloed is op de mate en het verloop van de lichamelijke en psychosociale problematiek.

Hetzelfde hebben we gevonden in het project 'Zorg voor oude mensen in Zeeland' (Van Westerhoven, e.a., 1992). Ook daar gaan nieuwe bewoners in het eerste jaar na opname niet achteruit. In dat project is door middel van training, begeleiding en onderzoek in 35 huizen gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Een van de belangrijkste verbeteringen van de kwaliteit van zorg is geweest het vergroten van de mate van bewonersgerichtheid.

Op grond van deze weliswaar globale vergelijking trekken wij de conclusie dat 'Zorgvliet' en 'De Oldenzaag' representatief te noemen zijn voor de verzorgingshuizen in Nederland.

## 15.7 Generaliseerbaarheid

Een tweede vraag die opkomt, wanneer wij de resultaten van ons onderzoek in 'Zorgvliet' en 'De Oldenhaag' proberen te vertalen naar de situatie in andere verzorgingshuizen in Nederland, is die van de generaliseerbaarheid van het onderzoek. De belangrijkste conclusie van ons onderzoek luidt: het functioneren van de bewoners is in positieve zin te beïnvloeden.

De eerste vraag is nu of deze conclusie ook opgaat voor andere verzorgingshuisbewoners. Door het feit dat de twee verzorgingshuizen waar we onderzoek hebben gedaan niet afwijken van het doorsnee verzorgingshuis in Nederland (representativiteit), is reeds aan een belangrijke voorwaarde voor de generaliseerbaarheid van ons onderzoek voldaan. Wij nemen aan dat wij in andere verzorgingshuizen grosso modo dezelfde gegevens zullen vinden en hetzelfde kunnen bereiken.

Op basis van onderzoek dat wij in andere verzorgingshuizen hebben gedaan, hebben wij goede reden om aan te nemen dat dit inderdaad het geval is (Van Loveren-Huyben, 1990). In een van die huizen is men de afgelopen jaren toegegroeid naar een 'bewonersgerichte organisatie'. De belangrijkste kenmerken hiervan zijn: verkleining van de afdelingen, vaste koppeling tussen bewoners en personeel, aanpassing van taken en verantwoordelijkheden, en invoering van zorgplannen. Als gevolg van deze ontwikkeling nam de lichamelijke hulpbehoefte van de bewoners af. Omdat de betreffende provincie toen nog een personeelsformatiesysteem hanteerde op basis van ADL-lijsten, had dat voor dit huis een vervelende consequentie: personeelsreductie. Onze conclusie luidde dat de lichamelijke hulpbehoefte afnam *dankzij* het aanwezige personeel. Met andere woorden: men werkte preventief.

In een ander huis werden bovendien nog zorgplannen ingevoerd. In overleg met de bewoner werden daarin de afspraken over de zorg- en dienstverlening vastgelegd. Daarbij stelde men zich steeds de kritische vraag of de zorgverlening casu quo het aanbod van diensten wel past bij de bewoners, en wat de behoefte van de bewoners zelf is. Ook hier stelden wij een afname van de problematiek vast.

In het project 'Zorg voor oude mensen in Zeeland' (Van Westerhoven e.a., 1992) kwamen wij tot de volgende bevindingen. Gemiddeld genomen is in de 35 deelnemende verzorgingshuizen de lichamelijke problematiek en de psychosociale problematiek tijdens de anderhalf jaar durende periode van het project op eenzelfde niveau gebleven. Er is in dat project een duidelijke samenhang gevonden tussen de kwaliteit van de organisatie bij aanvang van het project en de ontwikkeling van de lichamelijke zorgbehoefte tijdens het project. Hoe beter de kwaliteit bij aanvang des te positiever ontwikkelde zich de lichamelijke zorgbehoefte. Op grond hiervan is de conclusie getrokken dat de zorgbehoefte mede

een produkt is van de zorgorganisatie. Dit houdt voor een bewoner in dat hij of zij in een goed verzorgingshuis langer zelfstandig kan blijven functioneren dan in een kwalitatief slechte organisatie. Voor personeel betekent dit dat in een goed verzorgingshuis meer bereikt kan worden dan in een minder goed huis. In psychosociaal opzicht was de samenhang met de kwaliteit van de organisatie niet zo sterk. Voor een deel is dit verklaard uit het feit dat de periode van het project te kort was om daadwerkelijk veranderingen in de organisatie aan te brengen. De meeste huizen waren van plan deze later te realiseren.

Op grond van het bovenstaande trekken wij de conclusie dat de uitkomsten van ons onderzoek ook gelden voor andere verzorgingshuizen.

Rest nog de vraag of die generaliseerbaarheid zover gaat dat de uitkomsten van ons onderzoek toepasbaar zijn op andere groepen ouderen dan de verzorgingshuisbewoners.

Om te beginnen zijn we ons ervan bewust dat de verzorgingshuisbewoners slechts een klein groepje van alle Nederlandse ouderen vertegenwoordigen. Hier te lande woont momenteel 7% van alle 65-plussers in een verzorgingshuis. Van der Zanden (1982) heeft ruim tien jaar geleden berekend dat door de grote doorstroom uiteindelijk 20% van de ouderen in Nederland in een verzorgingshuis terecht zal komen. Dus voor één op de vijf ouderen is de inhoud van deze studie direct van belang en mogelijk zijn de gegevens ook naar andere situaties te extrapoleren.

Bovendien vormt onze onderzoeksgroep een specifieke groep ouderen: 80-plussers, woonachtig in een institutie, meestal alleenstaand en op een laag inkomensniveau. Niettemin zijn zelfs bij deze groep vooraf onverwachte, positieve resultaten bereikt. Dan lijkt toch het vermoeden gewettigd dat dit ook bij andere, minder kwetsbare ouderen, met minder beperkte mogelijkheden dan onze onderzoeksgroep, mogelijk moet zijn. Temeer daar wij er steeds van zijn uitgegaan dat elke oudere ontwikkelingsmogelijkheden in zich heeft.

Stellen wij ons tenslotte nog de vraag of de positieve effecten van de interventie 'beklijven'. Wij beschikken op dit moment over meer gegevens met betrekking tot de bewoners van 'Zorgvliet' dan die in de voorgaande hoofdstukken zijn vermeld. Vanaf juni 1981 tot en met december 1986 is iedere drie maanden het gedrag van alle bewoners van het verzorgingshuis 'Zorgvliet' door het personeel geobserveerd en is de BPS ingevuld. In totaal beschikken wij over 23 waarnemingen over die periode; de gegevens van achttien van deze metingen zijn in deze studie verwerkt. In 1987 en 1988 is de BPS niet gebruikt in 'Zorgvliet'. In 1989 heeft men de draad weer opgepakt en is de observatieschaal

weer vier keer ingevuld. In 1990 en 1991 is de lijst één keer per jaar ingevuld. In totaal zijn er in 'Zorgvliet' dus 29 metingen verricht.

In 1990 hebben Bronts en Van Loveren verslag gedaan van negen jaar (!) onderzoek in 'Zorgvliet' (in casu 28 metingen). De groep van 45 bewoners die gedurende die gehele periode is gevolgd, blijkt in psychosociaal opzicht zes jaar na de interventie nog altijd op hetzelfde niveau te functioneren. Het belang van deze vaststelling krijgt extra reliëf door het simpele feit dat deze bewoners in die tijd ook zes jaar ouder zijn geworden. De lichamelijke hulpbehoevendheid is in die tijd wel toegenomen.

Deze gegevens wettigen de conclusie dat de positieve effecten van de interventie over een langere periode stand houden, zelfs wanneer het lichamelijk functioneren achteruit gaat.

## 16. Vervolgonderzoek

Om te beginnen stellen wij ons voor dat het onderzoek met betrekking tot de BPS wordt voortgezet en uitgebreid. Dit vervolgonderzoek dient zich met diverse aspecten van deze beoordelingsschaal bezig te houden. Hieronder volgen enkele aanzetten.

Op basis van gebruikerservaringen zouden om te beginnen nog verbeteringen in de BPS kunnen worden aangebracht. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan een betere omschrijving van enkele moeilijke items. Daarnaast kan men ook de bruikbaarheid vergroten ten aanzien van bewoners met specifieke lichamelijke beperkingen, bijvoorbeeld ouderen met mobiliteits-, visus- of gehoorproblemen. Van Ranst (1989) heeft reeds een eerste aanzet tot verbetering gegeven. In deze richting zou verder onderzoek moeten plaatsvinden.

Voorts dient het onderzoek naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de BPS te worden voortgezet.

Ook ten aanzien van de validiteit van de BPS zou nog meer onderzoek kunnen worden gedaan. In de praktijk blijkt er een grote mate van overeenstemming te bestaan tussen een indicatie voor de psychogeriatric en de score op cognitie. De BPS blijkt een bruikbaar instrument om gedragsproblemen van bewoners vroegtijdig te signaleren. Het is echter geen diagnostisch meetinstrument. In een vervolgproject zal systematisch onderzoek worden verricht naar de verloopsvormen van de BPS bij individuele bewoners. Op basis hiervan zullen hoogstwaarschijnlijk interventies voorspeld kunnen worden en op den duur kan er een preventieve werking van uitgaan.

Bovendien is nader onderzoek nodig naar de zorgprofielen die met de BPS kunnen worden onderscheiden. Met name moet worden nagegaan hoe de zorgprofielen adequaat kunnen worden vertaald naar de zorgzwaarte van de diverse (groepen) bewoners. Dit kan een goede ondersteuning vormen voor het te voeren beleid.

Als aanvulling op de BPS zou een schaal voor lichamelijke problematiek of lichamelijke zelfstandigheid kunnen worden ontwikkeld. De ADLP-schaal is namelijk te zeer gericht op het zorgaanbod. De nieuwe schaal zou los dienen te staan van de hoeveelheid feitelijk geboden hulp en zou samen met de BPS als uitgangspunt kunnen dienen bij methodisch werken.

De gezamenlijke schalen kunnen het totale gedrag van de oudere (performantie) in kaart brengen. Vervolgens kan de vraag gesteld worden waarom iemand zich

zo gedraagt en wat eventueel zijn mogelijkheden zijn (competentie). Systematisch kunnen dan doelen voor de zorgverlening worden gesteld en te verrichten activiteiten worden bepaald. Na een bepaalde periode kan er één evaluatie plaatsvinden. Op deze manier ontstaat een kwaliteitssysteem dat dient ter sturing en bewaking van de kwaliteit van zorg. Er wordt een koppeling tot stand gebracht van zorgproblematiek en zorgvraag, van zorgbehoefte en zorgaanbod. Dit vormt het voorbereidende werk voor de ontwikkeling van een zorgbegeleidingssysteem ofwel een bewonersvolgsysteem. Tevens kan het nieuwe systeem informatie voor het management opleveren.

Ook zou de toepasbaarheid van de BPS in verband met de functieverbreding van het verzorgingshuis casu quo de differentiatie van de zorgverlening nog verruimd kunnen worden tot andere situaties: zelfstandig wonen en verpleeghuis. Dit onderzoek dient een combinatie met andere instrumenten in te sluiten. Met name voor de thuissituatie geldt dat gedragsobservatie niet (goed) mogelijk is; vragenlijsten lijken dan beter van toepassing.

Naast vervolgonderzoek met betrekking tot de BPS is ook de relatie tussen de zorgbehoefte en de kwaliteit van de organisatie van belang voor een adequate zorgverlening. Hierbij kan men denken aan de voorwaarden waaraan een organisatie moet voldoen om bewonersgerichte zorg te kunnen bieden. Een eerste aanzet tot onderzoek is gegeven in het project 'Zorg voor oude mensen in Zeeland' (Van Westerhoven e.a., 1992). In hetzelfde project is een aanzet gegeven tot onderzoek naar de betekenis van bewonersgerichte zorg voor het personeel.

Tenslotte verdient ook de personeelskant meer aandacht. Het positieve effect van bewonersgerichte zorg is voor de bewoner aangetoond, maar de betekenis hiervan voor het personeel is nog niet onderzocht. Er is sprake van een toename van verantwoordelijkheden en van een verrijking van taken, maar onbekend is of dit een grotere mate van arbeidstevredenheid en een geringer ziekteverzuim tot gevolg heeft.







## Samenvatting

‘De ouderdom komt met gebreken’: zo luidt een bekend gezegde over het ouder worden. Het verwoordt een algemeen aanvaard beeld van de derde levensfase. In deze studie vragen wij ons evenwel af of dit beeld recht doet aan de werkelijkheid. Is er alleen maar sprake van achteruitgang bij ouderen, zoals het gezegde suggereert, of zijn er toch (nog) ontwikkelingsmogelijkheden?

Onze onderzoekspopulatie bestaat uit verzorgingshuisbewoners, een zeer kwetsbare groep uit onze samenleving. Wanneer bij deze mensen geen achteruitgang wordt vastgesteld, of wanneer die door gerichte ingrepen in de omgeving tot staan kan worden gebracht of zelfs omgebogen, hoe veel te meer geldt dit dan voor ouderen die in een minder kwetsbare positie verkeren.

Onze studie bestaat uit drie delen. De kern ervan (Deel II) wordt gevormd door de beschrijving van de onderzoeksresultaten. In het eerste deel van de studie schetsen we het kader van ons onderzoek. In het derde deel bespreken we de resultaten in het licht van de literatuur en gaan we nader in op de door ons gebruikte methode.

Zoals gezegd vormen verzorgingshuisbewoners een kwetsbare groep uit onze samenleving. Zij wonen ook in een specifieke omgeving: het verzorgingshuis, voorheen het bejaardenoord geheten. Voor een goed verstaan beginnen we onze studie met een algemene beschrijving van de kenmerken van deze karakteristieke woonomgeving. Het bejaardenoord heeft zich de laatste decennia ontwikkeld van een pensiontehuis voor relatief gezonde ouderen tot een verzorgingshuis voor ouderen met een zekere mate van hulpbehoevendheid. Kon men in de zestiger jaren nog zelf besluiten om daar te gaan wonen, vanaf 1977 wordt men zonder positief advies van de indicatiecommissie niet meer opgenomen. Deze ontwikkeling heeft ertoe bijgedragen dat de populatie van de verzorgingshuizen vandaag de dag over het algemeen bestaat uit zeer oude mensen. De gemiddelde leeftijd ligt op 84 jaar. Drie kwart van de bewoners is vrouw en 80% is alleenstaand. De meesten hebben een beperkt sociaal netwerk en zijn voor contacten hoofdzakelijk aangewezen op het verzorgingshuis. Omdat bovendien met het toenemen der leeftijd de verschillen tussen mensen toenemen, hebben we te maken met een zeer gemêleerde groep ouderen, woonachtig onder één dak.

In 1979 definieert de Centrale Commissie Bejaardenorden het verzorgingshuis als een ‘ondersteunend woonmilieu voor verzorgingsbehoevende bejaarden’. Met deze omschrijving wordt aangegeven dat de individuele bewoner zoveel hulp krijgt als nodig is om zich (weer) zelfstandig te kunnen (gaan) gedragen. De zelfstandigheid en het eigen welzijn van de bewoner vormen daarbij de leidend. De werkelijkheid blijkt echter weerbarstiger dan de definitie. In dit ver-

band besteden we achtereenvolgens aandacht aan de begrippen 'beeldvorming', 'institutionalisering' en 'interactie'.

Over het algemeen heeft men in onze samenleving geen positieve voorstelling van het ouder worden. Dat bleek al uit het aangehaalde gezegde. Het overheersende beeld is dat van aftakeling, die inherent is aan het lichamelijk verouderen. Voor een belangrijk deel hangt deze negatieve beeldvorming in onze westerse maatschappij samen met een tendens tot functionele ethiek: alleen die individuen worden gewaardeerd die produktief en functioneel zijn voor de samenleving. Ouderen hebben zich aan deze beeldvorming geconformeerd en zien voor zichzelf geen ontwikkelingsmogelijkheden meer.

Dit weinig rooskleurige beeld is ook in het verzorgingshuis alomtegenwoordig. Het personeel heeft vaak een negatieve kijk op de ontwikkelingsmogelijkheden van de bewoners. Problemen die deze vertonen zouden eenvoudigweg samenhangen met het ouder worden. Daar komt nog bij dat men in het verzorgingshuis met name gericht is op de lichamelijke hulpbehoefte van de bewoners, en dat er op basis van een medisch model wordt gewerkt. Dit laatste betekent dat men de ouderen niet verantwoordelijk acht voor het ontstaan en voor de oplossing van hun problemen. Als gevolg daarvan stellen ouderen zich vaak afhankelijk op.

Afgezien van de weinig positieve beeldvorming brengt het leven in een verzorgingshuis nog andere negatieve effecten met zich mee. Verzorgingshuizen vertonen een groot aantal kenmerken van zogenaamde totale instituties. Deze kenmerken, die onder de noemer van institutionalisering worden gebracht, komen erop neer dat alle activiteiten volgens vaste schema's, in gezelschap van anderen, onder hetzelfde gezag en met een bepaalde doelstelling plaats vinden. Voor de bewoner van een totale institutie heeft dit onder meer identiteitsverlies, disculturatie en anonimiteit tot gevolg. Vaak leidt dit tot apathisch gedrag. In een totale institutie is er nauwelijks ruimte om de eigen persoonlijkheid te ontplooien, zo ook in het verzorgingshuis. In psychosociale termen is de situatie voor de bewoner oncontroleerbaar en onvoorspelbaar: 'men' doet maar met hem/haar. In de regel worden ouderen in verzorgingshuizen onderschat en onvoldoende gestimuleerd om veelzijdige invalidering op cognitief, affectief en sociaal gebied tegen te gaan.

Onderzoek inzake de effecten van een totale institutie laat zien hoezeer de persoonlijkheid en het gedrag van bewoners wordt beïnvloed door de omgeving waarin ze verblijven. Bij bewoners van verzorgingshuizen zou zelfs sprake zijn van een kwetsbaarheidsspiraal: een overwegend neergaande beweging, waarin overigens ook het personeel van de instelling gevangen zit. De doorgaans weinig stimulerende omgeving bevestigt ouderen in hun negatieve zelfbeeld. Dit resulteert in daadwerkelijk afhankelijk gedrag, dat vervolgens bij het personeel weer de negatieve beeldvorming van ouderen versterkt enzovoort. Dit bevestigt

de uitspraak dat gedrag niet op zichzelf staat, maar het resultaat is van persoonlijkheidskenmerken, omgevingskenmerken en de interactie tussen beide. De wisselwerking tussen de oudere mens en zijn omgeving is de afgelopen twintig jaar vanuit verschillende invalshoeken bestudeerd, maar tot op heden is er geen alomvattend model voor ontwikkeld. Wel is er een aantal voorwaarden beschreven voor een meer ideale omgeving, zonder dat men nu kan spreken van dé ideale omgeving voor ouderen. Veeleer is het inzicht gegroeid dat elke oudere een eigen, passende verhouding tot zijn omgeving dient te vinden, of -omgekeerd- de omgeving zoveel mogelijk aangepast dient te zijn aan de individuele mogelijkheden of competentie van de oudere. Waar dit gebeurt, blijken ouderen zich veel minder afhankelijk en hulpeloos op te stellen dan 'men' had verwacht. Sterker nog: ouderen blijken ontwikkelingsmogelijkheden te hebben.

In het licht van deze opvattingen over de competentie van ouderen stellen wij ons de vraag of het gedrag van verzorgingshuisbewoners in positieve zin te beïnvloeden is door gericht in te grijpen in de omgeving. Alvorens deze vraag te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk goed inzicht te hebben in het feitelijk gedrag van deze groep ouderen. Daartoe hebben we een meetinstrument ontwikkeld: de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS). Met behulp van dit meetinstrument hebben we vervolgens in een tweetal verzorgingshuizen onderzoek gedaan: 'Zorgvliet' en 'De Olden Haag'. De resultaten van dit onderzoek hebben we in een vijftal artikelen beschreven. Deze artikelen vormen het tweede deel van deze studie.

In het eerste artikel [Hoofdstuk 7] is de bruikbaarheid van het instrument aan de orde gesteld en zijn de gegevens gepresenteerd van één jaar onderzoek in 'Zorgvliet', een groot verzorgingshuis in het oosten van het land. De BPS blijkt een goed bruikbare methode om de psychosociale problematiek van de bewoners in kaart te brengen. Deze problematiek neemt in het eerste onderzoeksjaar overigens sterk toe: bewoners gaan snel achteruit. Het meest hebben bewoners last van sociale problemen. Omdat er slechts een geringe samenhang kon worden vastgesteld tussen de psychosociale problemen en de lichamelijke hulpbehoefte, wordt de conclusie getrokken dat deze beide niet hand in hand hoeven te gaan.

In het tweede artikel [Hoofdstuk 8] worden de resultaten van tweeënhalf jaar onderzoek beschreven. De eerder gesignaleerde achteruitgang blijkt zich voort te zetten. Dit geldt ook voor de nieuwe bewoners. Zij komen met een relatief grote mate van problematiek het verzorgingshuis binnen en blijken in het eerste jaar na opname eveneens achteruit te gaan. Tevens is nagegaan of de bestaande omgeving in het verzorgingshuis 'past' bij de bewoners. De eerste indruk is negatief: de omgeving is niet zodanig ingericht voor de bewoners dat sociale contacten worden bevorderd en cognitieve problematiek wordt voorkomen.

Vervolgens wijzigt men in 'Zorgvliet' de organisatie en werkwijze van het personeel. De afdelingen worden verkleind en de taakgerichte werkwijze maakt plaats voor een bewonersgerichte. Dit laatste wil zeggen dat ieder personeelslid de verantwoordelijkheid krijgt voor een groepje bewoners en in overleg met die bewoners bepaalt wat er aan zorg nodig is. Daarnaast worden er huiskamers op de afdelingen gerealiseerd.

In het derde artikel [Hoofdstuk 9] worden de effecten van de organisatieveranderingen op het functioneren van de bewoners beschreven. De achteruitgang waarvan eerder sprake was, blijkt tot staan te zijn gebracht. Bij diegenen die gedurende de gehele periode van vierenhalf jaar zijn gevolgd, hebben de organisatieveranderingen zelfs een verbetering van het psychosociaal functioneren tot gevolg. Nieuwe bewoners blijken het meeste profijt van de interventie te hebben. Bewoners die na de organisatieveranderingen zijn opgenomen, functioneren vanaf opname op een beter niveau en gaan in het eerste jaar na opname ook niet achteruit.

In het vierde artikel [Hoofdstuk 10] is het effect van een andere vorm van interventie onderzocht: de groepsverzorging in 'De Olden Haag'. Bewoners met een indicatie voor de psychogeriatricie blijken duidelijk profijt te hebben van deze opvang. Bovendien wordt er een uitstralingseffect naar het totale verzorgingshuis vastgesteld. De conclusie luidt dat groepsopvang een adequaat middel is, mits deze aan strenge eisen voldoet.

In het vijfde artikel [Hoofdstuk 11] wordt speciaal aandacht besteed aan de bewoners die -naar achteraf blijkt- anderhalf jaar of minder vóór overlijden staan. Uit onderzoek blijkt dat zelfs deze bewoners in hun laatste levensfase in psychosociaal opzicht niet achteruitgaan. Het betreft dan wederom de periode na de interventie. Vóór de organisatieveranderingen gaat een vergelijkbare groep wel achteruit.

De conclusie van ons onderzoek luidt dat er bij verzorgingshuisbewoners wel degelijk (nog) ontwikkelingsmogelijkheden bestaan, mits de omgeving is aangepast aan de specifieke mogelijkheden, wensen en behoeften van deze kwetsbare oude mensen. Alleen zo kan onnodige afhankelijkheid en hulpbehoefte worden voorkomen.

Deze conclusie krijgt reliëf in het licht van de literatuur die wij in Deel I hebben besproken. De onderzoeksresultaten gaven bij leidinggevenden en uitvoerend medewerkers van het verzorgingshuis aanleiding tot reflectie op het stereotype beeld van het ouder worden. Bovendien kwam men tot het inzicht dat -gelet op de aard en de omvang van de vastgestelde problematiek- de zorgverlening zich niet kon en mocht beperken tot de lichamelijke aspecten, maar de gehele persoonlijkheid van de bewoner diende te omvatten. Daarmee had het medisch model in feite afgedaan. Door de omschakeling van taakgerichte naar

bewonersgerichte zorg verdween ook een aantal kenmerken van een totale institutie. De zorgverlening werd minder gestandaardiseerd en de bewoner kreeg meer invloed op de situatie. Ook ontstond er een meer persoonlijke band tussen individuele bewoners en personeelsleden. Tenslotte kan ten aanzien van de wisselwerking tussen de bewoner en zijn omgeving worden gezegd dat de omgevingsdruk meer werd aangepast aan de mogelijkheden van de individuele oudere. Daardoor ontstond er een beter evenwicht tussen de eigen competentie en de omgeving.

Deze resultaten zijn op zichzelf bemoedigend, maar hiermee is nog geen uitspraak gedaan over de waarde ervan. Deze laatste hangt vooral samen met de waarde van de door ons ontwikkelde en gebruikte methode: de Beoordelingschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS). Op grond van nader onderzoek blijkt zowel de betrouwbaarheid als de validiteit van de BPS voldoende. Daarnaast kan ons onderzoek representatief worden genoemd voor verzorgingshuizen in Nederland. Vergelijking met ander onderzoek toont aan dat de twee huizen waar het onderzoek heeft plaats gevonden, niet afwijken van het doorsnee verzorgingshuis. Ondanks deze vaststellingen blijft vervolgonderzoek in onze ogen gewenst. In het laatste hoofdstuk worden daarvoor enige suggesties gedaan.





## Summary

‘Old age comes with ailments’: a well-known saying which expresses the inevitable infirmities of old age. It is a universally accepted image of the third stage of life. In this study, however, we ask ourselves whether this image does justice to reality. Is old age always and only a matter of decline or are there still possibilities for improvement?

The population of our research consists of the residents of homes for the elderly, an extremely vulnerable group in our society. If no decline is found in this group, or if the decline can be halted or even reversed by specific measures in the environment, would not this apply even more to the elderly who are in a less vulnerable position?

Our study consists of three parts. The central part (Part 2) contains the description of the research results. In the first part we describe the framework of our research. In the third part we discuss the results in relation to the literature and we go into the method we used.

As already stated the residents of the homes for the elderly constitute a vulnerable group in our society. They also live in a specific environment: the home for the elderly, the old people’s home. For a clear understanding we start our study with a general description of the features of this characteristic environment. The home for the elderly has developed from a home for relatively healthy elderly people to a home that provides more care to people with a certain degree of infirmity. In the sixties the decision to go and live in such a home may have been a matter of personal choice, but ever since 1977 a positive advice from the indication committee has been required for admission. This development has contributed to the fact that nowadays the population of old people’s homes generally consists of very old people. The average age is 84. Three quarters of the residents are women and 80% are single. Most of them have a limited social network and mainly depend on the home for their contacts. Furthermore, because the differences between people increase as they get older, we are faced with an extremely miscellaneous group of elderly people living under the same roof.

In 1979, the CCB (Central Committee of Homes for the Elderly) defined the home for the elderly as an ‘environment that offers support to elderly people in need of care’. This description indicates that the individual resident gets as much care as needed in order to be able to behave independently (again). The independence and well-being of the residents serve as a guideline in this. Reality, however, appears to be quite different from what the definition suggests. In this context we pay attention to the concepts of ‘image creation’, ‘institutionalization’ and ‘interaction’.

Generally our society does not have a very positive view of ageing. The saying quoted above is evidence of this. The dominant idea is one of decline being inherent to physical ageing. In our western society this negative image is closely connected with a tendency to functional ethics: only those individuals who are productive and functional to our society are appreciated. Elderly people have conformed to this image; they are not aware of any prospects for improvement.

This image also prevails within the homes for the elderly. The staff often holds a negative view of the residents' possibilities for improvement. It is taken for granted that the problems they show are simply a result of the process of ageing. Moreover, the institutions are especially oriented towards the physical needs of the residents and they work according to a medical model. This implies that the residents are not considered to be responsible for the occurrence nor for the solution of their problems. As a result the residents often adopt a dependent attitude.

In addition to a not very positive image, life in a home for the elderly has other negative effects. The homes show a large number of features of the so-called total institutions. These features, summarized in the concept of institutionalization, imply that all activities take place according to fixed schedules, in the company of others, under the same authorities and with a definite purpose. The consequences for a resident of a total institution include a loss of identity, disculturation and anonymity. This often leads to apathetic behaviour. Within a total institution such as the home for the elderly there is hardly any room for personal development. In psychosocial terms the situation is uncontrollable and unpredictable for the resident: 'they' just go ahead with him/her. As a rule the residents are underestimated and inadequately stimulated to prevent cognitive, affective and social invalidation.

Research of the effects of a total institution has shown that the environment of the residents affects their personality and behaviour to a considerable extent. With regard to the residents of homes for the elderly we can even speak of a vicious cycle: a predominantly downward movement, in which, as a matter-of-fact, the staff are caught as well. The generally not very stimulating environment reinforces the negative self-image of the elderly. This results in actually dependent behaviour, which subsequently reinforces the staff's negative image of the elderly, and so on. This confirms the statement that behaviour does not stand alone but that it is a result of personality feature, environment characteristics and the interaction between them.

During the past twenty years the interaction between the elderly and their environment has been studied from several points of view, but up to now a comprehensive model has not been developed. Though a number of conditions for a more favourable environment have been described. We cannot speak of

*the* perfect environment for the elderly. We have rather come to see that each elderly person should find his/her own suitable relation to his/her environment, or conversely, the environment should be adapted as much as possible to the individual possibilities or competence of the elderly. Where this was done, the elderly appeared to show less dependent and helpless behaviour than they had been expected to. Indeed, elderly people have shown to be capable of improvement.

In the light of these views of the competence of the elderly we pose the question whether the behaviour of residents can be influenced in a positive way by taking specific measures. Before we can answer this question we should have a clear insight into the actual behaviour of this group. We therefore developed a measuring instrument: the Rating Scale for the Assessment of Psychosocial problems (BPS). By means of this instrument we subsequently conducted research in two homes: 'Zorgvliet' and 'De Oldenzaag'. The results of this research are described in five articles, which make up the second part of this study.

In the first article [Chapter 7] we discuss the usefulness of the instrument and we present the results of one year of research in 'Zorgvliet', a rather big home in the east of The Netherlands. The BPS has proved to be a useful method for the assessment of psychosocial problems of residents. In the first 12 months of research these problems increase considerably: residents show a rapid decline. Social problems prevail. Because we established only a weak relationship between psychosocial and physical problems, we have come to the conclusion that these problems do not necessarily go together.

In the second article [Chapter 8] we describe the results of two and a half years of research. We observe a further increase of the problems mentioned above. This also applies to newly admitted people. They have rather serious problems from the onset and there is a marked increase throughout the first 12 months after admission. We also investigate whether the environment in the home agrees with the residents. The first impression is negative: the organisation of the environment of the residents does not encourage social contacts nor does it prevent cognitive problems. Subsequently, the organisation and the working methods of the staff in 'Zorgvliet' have been changed. The wards have been scaled down and the working method has changed into one which is orientated towards the residents instead of towards tasks. This means that each member of staff is responsible for a small group of residents and decides, together with these residents, what kind of care is needed and how much. Furthermore, living-rooms have been realized within the wards.

In the third article [Chapter 9] we describe the effects of changes in the organisation on the functioning of the residents. The decline we observed

before appears to have been halted. For the group that participated in this research throughout the whole period of four and a half years, the changes in the organisation even result in improved psychosocial functioning. Newly admitted people appear to benefit most from the intervention. Those who were admitted after the changes function on a better level from the start and there is no decline during the first year after admission.

In the fourth article [Chapter 10] we evaluate the effects of another intervention program: the group care program in 'De Oldenzaag'. Residents whose condition indicated admission to a nursing home for psychogeriatric patients clearly benefit from the program. The program also seems to have its effects on the institution as a whole. We conclude that group care is an adequate method, provided that it complies with strict requirements.

In the fifth article [Chapter 11] special attention is paid to residents in the (as it turned out later) last 18 months (or less) of their life. Research proves that even these residents in the last stage of life show no further psychosocial decline after the organisational changes. Before these organisational changes, however, a similar group did show a decline.

The conclusion of our research is that residents of homes for the elderly actually do have possibilities for improvement, provided that the environment is adapted to the specific possibilities, wishes and needs of these vulnerable elderly. This is the only way to prevent unnecessary dependency and infirmity.

This conclusion stands out more clearly in the light of the literature we discussed in Part 1. The research results induced the management and the staff of the home to reflect on the stereotype of the elderly. Considering the nature and the extent of the problems we found they also came to see that care should not be restricted to physical aspects, but aimed at the resident's personality as a whole. In fact this meant that the medical model was no longer valid. As a result of the change from task orientated care to resident orientated care the concept of a total institution lost a number of its specific features. The standardization of care was reduced and the residents were given more control of the situation. Moreover, the relationship between individual residents and staff members became more personal. Finally, with regard to the interaction between residents and their environment it may be noted that environmental press was more adapted to the possibilities of the individual resident. This resulted in a better balance between the resident's competence and the environment.

These results are encouraging in themselves, although this does not prove their value as such. The latter mainly depends on the value of the method we developed and used: The Rating Scale for the Assessment of Psychosocial problems (BPS). Further research has shown the reliability as well as the

validity of the BPS to be sufficient. Furthermore, our research may be seen as representative of other homes for the elderly in The Netherlands. Comparison with another research project shows that the two homes where our study took place do not differ from the average home for the elderly. In spite of these conclusions our opinion is that further research is required. The final chapter contains some suggestions for this.



# Literatuurlijst

Aiken LR Testing the elderly *Educational Gerontology* 1980, 5 119-24

Ametz B *Psychophysiological effects of social understimulation in old age* Dissertatie Laboratory for clinical stress research / Karolinska Institute / National Institute for psychosocial factors and health, Stockholm 1983

Avorn J, Langer E Induced disability in nursing home patients A controlled trial *Journal of the American Geriatrics Society* 1982, 30 397-400

Baker RK Attitudes of health care providers toward elderly patients with normal aging and disease-related symptoms *The Gerontologist* 1984, 24 543-5

Bakker-Lenderink A Methode voor bepaling van de personeelssterkte aangepast aan de behoefte van bewoners in een verzorgingstehuis *De Bejaarden* 1974, 19 524-37

Baltes MM Erfolgreiches Altern als Ausdruck von Verhaltenskompetenz und Umweltqualität In Niemitz C (eds) *Erbe und Umwelt* Suhrkamp, Frankfurt 1987, 353-76

Baltes MM, Barton EM New Approaches toward aging A case for the operant model *Educational Gerontology An International Quarterly* 1977, 2 383-405

Baltes MM, Barton EM, Orzech MJ, Lago D Die Mikroökologie von Bewohnern und Personal Eine Behavior-Mapping-Studie im Altenheim *Zeitschrift für Gerontologie* 1983, 16 18-27

Baltes MM, Kindermann Th, Reisenzein R Die Beobachtung von unselbstständigem Verhalten in einem deutschen Altersheim Die soziale Umwelt als Einflussgrösse *Zeitschrift für Gerontologie* 1986, 19 14-24

Baltes MM, Lerner RM Roles of the operant model and its methods in the life-span approach to human development *Human Development* 1980, 23 362-9

Baltes MM, Reisenzein R The social world in longterm care institutions psychosocial control toward dependency In Baltes MM, Baltes PB (eds) *The Psychology of control and aging* Lawrence Erlbaum Associates 1986

Baltes MM, Zerbe MB Independence training in nursing home residents *The Gerontologist* 1976, 16 424-32

Baltes PB, Baltes MM Psychological perspectives on successful aging the model of selective optimization with compensation In Baltes PB, Baltes MM *Successful aging* Perspectives from the behavioral sciences Cambridge 1990, 1-34

Baltes PB, Kliegl R On the dynamics between growth and decline in the ageing of intelligence and memory In Poeck K, Freund H-J, Gaenshirt H (eds) *Neurology* Springer Verlag, Heidelberg 1986

Baltes PB, Reese HW, Lipsitt LP Life-span developmental psychology *Annual Review of Psychology* 1980, 31 65-110

Baltes PB, Willis SL Enhancement of intellectual functioning in old age In Craik FIM, Trehub SE (eds) *Aging and cognitive processes* Plenum Press, New York 1983

Banziger G, Roush S Nursing homes for the birds a control-relevant intervention with bird feeders *The Gerontologist* 1983, 23 527-31

Barbaro EL, Noyes LE A wellness program for a life care community *The Gerontologist* 1984, 24 568-71

Bashore TR Age, physical fitness, and mental processing speed In MP Lawton (ed) *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 1989, 9 120-43

Beck P. Two succesful interventions in nursing homes: the therapeutic effects of cognitive activity. *The Gerontologist* 1982; 22: 378-83.

Bennett R. Meaning of institutional life. *The Gerontologist* 1963; 3: 117-25.

Berkowitz B. Changes in intellect with age IV: Changes in achievement and survival in older people. *Journal of Genetic Psychology* 1965; 107: 3-14.

Bijsterveld K. De geschiedenis van het beleid met betrekking tot verzorgingshuizen in Nederland van 1945-1990. In: Zwanikken W (ed.). *Handboek wonen en werken in een verzorgingshuis*. Acco, Amersfoort/Leuven 1991.

Blackman DK, Howe M, Pinkston EM. Increasing participation in social interaction of the institutionalized elderly. *The Gerontologist* 1976;16: 69-76.

Blum JE, Jarvik LF. Variations in intellectual decline as indicators of pathology: a longitudinal twin study. *Proceedings 77<sup>th</sup> Annual Convention*. American Psychological Association. 1969; 743-4.

Bom JA van der. The aging population and education: implications of changes of the age structure for education of older adults. *Aging and Society* 1983; 225-38.

Bom JA van der, Loveren-Huyben CMS van. Zorg voor oude mensen en de toekomst van het verzorgingshuis. In: Nies H, Nuijens J-M, Vis D, Wimmers M. *Contouren van het ouder worden*. Opgedragen aan prof. dr. Joep Munnichs. Van Loghum Slaterus, Deventer 1990; 121-39.

Bom JA van der, Loveren-Huyben CMS van. Zorg voor oude mensen. In: Munnichs J, Uildriks G (eds.). *Psychogerontologie*. Een inleidend leerboek. Van Loghum Slaterus, Deventer 1989; 424-31.

Booth T. *Home truths: Old people's homes and the outcome of care*. Gower, Aldershot 1985.

Borghouts CG. *Terminaal proces bij verzorgingshuisbewoners*. Een beschrijvend onderzoek naar de lichamelijke en psychosociale veranderingen bij bewoners van een verzorgingshuis die na opname op de ziekenafdeling zijn overleden. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1988.

Bot BW. De invloed van de omgeving op het gedrag van de verpleeghuispatiënt. *Gawein* 1968; 16: 163-86.

Botwinick J, West R, Storandt M. Predicting death from behavioral test performance. *Journal of Gerontology* 1978; 33: 755-62.

Brauer E, Mackeprang B, Bentzon MW. Prognosis of survival in a geriatric population. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1978; 6: 17-24.

Brearley CP. *Werken met bejaarden in tehuizen*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979.

Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza J, Coates D, Cohn E, Kidder L. Models of helping and coping. *American Psychologist* 1982; 37: 368-84.

Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema P, Adey V, Rose TL. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1: 37-44.

Brody EM, Kleban MH, Lawton MP, Levy R, Waldow A. Predictors of mortality in de mentally-impaired institutionalized aged. *Journal of Chronic Diseases* 1972; 25: 611-20.

Bronts PAJM. *Inventarisatie groepsvoorzieningen in de Zeeuwse verzorgingshuizen*. Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, Nijmegen 1992.

Bronts PAJM, Loveren-Huyben CMS van. Verbeter(de) zorgkwaliteit in verzorgingshuizen. In: Knipscheer CPM, Michels JJM, Ribbe MW (ed.). *Ouder worden nu '90*. Versluys Uitgeverij, Almere 1990; 461-2.

Bronts PAJM, Loveren-Huyben CMS van, Westerhoven FMGD van. *Enkelvoudige en meervoudige zorgproblematiek in verzorgingshuizen*. Een onderzoek naar de psychosociale problematiek en de



lichamelijke zorgbehoefte van verzorgingshuizen. Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, Nijmegen 1993.

Bronts PAJM, Westerhoven FMGD van. *Zorg voor oude mensen. Kwaliteit van zorg en arbeid in de Zeeuwse verzorgingshuizen. Tussenrapport*. Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Psychogerontologie, Nijmegen 1991.

Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie. *Experiment groepsverzorging Mirtehof Zeist*. Eindverslag, Zeist 1989.

Buijssen H, Mertens F. Preventie doordacht. In: Nies H, Nuijens J-M, Vis D, Wimmers M. *Contouren van het ouder worden*. Opgedragen aan prof. dr Joep Munnichs. Van Loghum Slaterus, Deventer 1990; 183-208.

Caporael LR. The paralanguage of caregiving: Baby talk to the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 876-84.

Caporael LR, Lukaszewski MP, Culbertson GH. Secondary baby talk : Judgements by institutionalized elderly and their care-givers. *Journal of Personality and Social Psychology* 1983; 44: 746-54.

Carp FM. Housing and living environments of older people. In: Binstok RH, Shanas E (eds.). *Handbook of aging and the social sciences*, Van Nostrand Reinhold, New York 1976.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). *Statistiek van de bejaardenoorden 1970*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1973.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). *Statistiek van de bejaardenoorden 1974*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1982.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). *Statistiek van de bejaardenoorden 1981*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1984.

Centrale Commissie Bejaardenoorden. *Advies inzake de noodzakelijkheid van groepsverzorging in bejaardenoorden*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1976; 11.

Centrale Commissie Bejaardenoorden. *Advies inzake taak en functie van het verzorgingstehuis voor bejaarden*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1979; 21.

Centrale Commissie Bejaardenoorden. *Advies inzake prijsregelen bejaardenoorden 1983*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1982; 29.

Chandler JT, Rachal JR, Kazelokis R. Attitudes of long term care nursing personnel toward the elderly. *The Gerontologist* 1986; 26: 418-23.

Coleman PG. Cognitief functioneren en gezondheid. In: Munnichs J, Uildriks G (eds.). *Psychogerontologie*. Een inleidend leerboek. Van Loghum Slaterus, Deventer, 1989.

Commissie modernisering ouderenzorg. *Ouderenzorg met toekomst*. Advies van de Commissie modernisering ouderenzorg aan de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Rijswijk 1994.

Commissie voor Testaangelegenheden. *Beoordeling van de Beoordelingschaal voor Psychische en Sociale problemen*. Nederlands Instituut van Psychologen, Amsterdam 1991.

Deeg DJH, Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Changes in health related factors during the last year of life. In: Jansen MGH, Schuur WH van (eds). *The many faces of multivariate analysis*. Proceedings of the SMABS-88 conference. Groningen, RION, Institute for educational research, University of Groningen, 1988.

Dekker P, Ester P. Wederzijdse beeldvorming van ouderen en jongeren: stereotypering en verdelingsvoorkeuren. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989; 20: 231-40.

Diesfeldt HFA. Een studie rond de levensverwachting van patiënten in twee psychogeriatrische verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1979; 5: 343-50.

Diesfeldt HFA De BOP tien jaar *Gerontologie* 1981, 12 139-47

Diesfeldt HFA Gedragsobservatie in de geriatrie De Beoordelingsschaal voor Oudere Patienten (BOP) Alphen aan den Rijn Samson, *Geriatric-informatorium*, 1984, E 3105 1-10

Diesfeldt HFA Bockbespreking Beoordelingsschaal Psychische en Sociale problemen (BPS) *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989, 20 228

Diesfeldt HFA Determinanten van overlijden en verpleeghuisopname bij bewoners van een verzorgingshuis *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1993, 24 110-4

Diesfeldt HFA, Jas KJ, Merbis CP Hulpbehoefte en psychosociale zorgvragen in verzorgingshuizen *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1993, 24 45-50

Diesfeldt HFA, Loo EH van Zorgzwaarte in verzorgingstehuizen een of meer dimensies? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1994, 25 104-9

Donaldson LJ Longitudinal changes in functional capacity among surviving old people continuously resident in hospitals and homes *Journal of Epidemiology and Community Health* 1984, 38 410-6

Donaldson L, Clayton DG, Clarke M The elderly in residential care mortality in relation to functional capacity *Journal of Epidemiology and Community Health* 1980, 34 96-101

Dongen G van *Groepsverzorging in een verzorgingshuis* Evaluatie van tweeënhalve jaar groepsverzorging in verzorgingshuis "De Oldenzaag" Stageverslag Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1986

Dongen G van, Sieh M *Personeel en bewoners in verzorgingshuizen* Een studie over de onderlinge interactie Doctoraalscriptie Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1987

Duine TJ De validiteit van een nieuwe psychogeriatrische gedragsobservatieschaal (OPG) voor toepassing in verpleeg- en verzorgingstehuizen *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1991, 22 228-33

Eekelen CWJM van *Beleving en gedrag in de geriatrie overzicht van standaard-meetinstrumenten* Katholieke Universiteit Nijmegen, Intern rapport 78 ISG 02, Nijmegen 1978

Eekelen, CWJM van, *De validiteit van de verpleeghuisbewoner IV* Katholieke Universiteit Nijmegen, Intern rapport 81 ISG 04, Nijmegen 1981

Engelen GJJA Psychogeriatrische problematiek in het verzorgingstehuis (1) *Senior* 1985a, 31 34-5

Engelen GJJA Psychogeriatrische problematiek in het verzorgingstehuis (2) *Senior* 1985b, 31 64-6

Federatie Landelijke Samenwerking Bejaardentehuizenorganisaties *Groepsverzorging in verzorgingstehuizen* Den Haag 1987

Felton B, Kahana E Adjustment and situationally-bound locus of control among institutionalized aged *Journal of Gerontology* 1974, 29 295-301

Fooker I Überleben in hohem Alter - Ein Vergleich "kurz" und "längere" Probanden der Bonner gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA) *Zeitschrift für Gerontologie* 1984, 17 340-58

Fries JF Medical perspectives upon successful aging In Baltes PB, Baltes MM *Successful aging Perspectives from the behavioral sciences* Cambridge University Press, Cambridge 1990, 34-49

Fries JF, Crapo LM *Vitality and aging* WH Freeman, New York 1981

Galle E, Luyten J Leven in een instituut In Nies HLGR, Kroone ThJM, Baeyens JP, Bakker MLJ, Dooghe G, Grondelle NJ van, Pennekamp PHB, Verstraten PFJ (eds) *Handboek ouder worden* Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1992, 9 II 6

Gatz M, Popkin SJ, Pino CD, VandenBos GR. Psychological intervention with older adults. In: Birren JE, Schaie KW (eds.). *Handbook of the psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold, New York 1985; 755-85.

Geen V van. *Meer greep op eigen leven*. Swets & Zeitlinger, Amsterdam/Lisse 1989.

Genuchten HJM van, Schijndel PLW van, Wijhe RHJ van. *Onderzoek groepsverzorging Nieuw Malderborgh*. Bureau voor Toegepaste Gerontologie, Nijmegen 1990.

Gillick MR, Serrell NA, Gillick LS. Adverse consequences of hospitalization in the elderly. *Social Science and Medicine* 1982; 16: 1033-8.

Goffman E. *Asylums*. Penguin, Middlessex 1961.

Goffman E. *Totale instituties*. Nederlandse vertaling. Universitaire Pers, Rotterdam, 1977.

Goga JA, Hambacher WO. Psychologic and behavioral assessment of geriatric patients: a review. *Journal of the American Geriatrics Society* 1977; 25: 232-7.

Goldfarb AI. Predictors of mortality in the institutionalized aged. In: Palmore E, Jeffers F (eds). *Prediction of life span*. Lexington, D.C. Heath, 1979.

Gurel L, Linn MW, Linn BS. Physical and mental impairment-of-function evaluation in the aged: the PAMIE scale. *Journal of Gerontology* 1972; 27: 83-90.

Hanusa BH. Attribution theory: How useful for understanding aged individuals' response to their environments? *Basic and Applied Social Psychology* 1984; 5: 121-6.

Hazelhof TJGM. *Het verzorgingshuis en het psychogeriatrisch verpleeghuis: een wereld van verschil*. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie. Nijmegen 1988.

Hogeling JJ. Het discriminerend vermogen van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS) bij selectie van bewoners voor substitutieprojecten (artikel in voorbereiding 1994).

Hoyer WJ, Kafer RA, Simpson S, Hoyer FW. Reinstatement of verbal behavior in elderly mental patients using operant procedures. *The Gerontologist* 1974; 14: 149-52.

Hoyer WJ, Labouvie GW, Baltes PB. Modification of response speed deficits and intellectual performance in the elderly. *Human Development* 1973; 16: 233-42.

Hulicka I, Morganti J, Cataldo J. Perceived latitude of choice of institutionalized and non institutionalized elderly women. *Experimental Aging research* 1975; 1: 27-39.

Huijsman R. *Model van voorzieningen voor ouderen*. Kerckebosch, Zeist 1990.

Huijsman R, Klerk MMY de, Groenenboom GKC, Rutten FFH. Ouderenzorg in berekend perspectief. Achtergrondstudie bij Commissie modernisering ouderenzorg: *Ouderenzorg met toekomst* 1994.

Jarvik LF, Blum JE. Cognitive declines as predictors of mortality in twin pairs: a twenty-year longitudinal study of aging. In: Palmore E, Jeffers F (eds). *Prediction of life span*. Heath, Lexington Massachusetts 1979.

Jarvik L, Falek A. Intellectual stability and survival in the aged. *Journal of Gerontology* 1963; 18: 173-6.

Jenkins J, Felce D, Lunt B, Powell L. Increasing engagement in activity of residents in old people's homes by providing recreational materials. *Behavior Research and Therapy* 1977; 15: 429-34.

Jones DC. Social isolation, interaction and conflict in two nursing homes. *The Gerontologist* 1972; 12: 230-4.

Jong-Gierveld J de, Kamphuis F. Opname in een verzorgingstehuis; een oplossing voor eenzame ouderen? In: Munnichs J, Uildriks G (eds.). *Psychogerontologie*. Een inleidend leerboek. Van Loghum Slaterus, Deventer 1989; 314-26.

Kahana E. A congruence model of person-environment interaction. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO (eds.). *Aging and the environment*. Springer, New York 1982; 97-121.

Kahana E, Liang J, Felton BJ. Alternative models of person environment fit. *Journal of Gerontology* 1980; 35: 584-95.

Kalchauer T. Predictors of mortality and survival in long term care. *The Gerontologist* 1982; 22: 214.

Kam P van der, Mol F, Wimmers MFHG. *Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten*. Van Loghum-Slaterus, Deventer 1971.

Kane RA, Kane RL. *Assessing the elderly*. A practical guide to measurement. Heath, Lexington Massachusetts 1981.

Karuzs J, Rabinowitz VC, Zevon MA. Implications of control and responsibility on helping the aged. In: Baltes MM, Baltes PB (eds.). *The psychology of control and aging*. Erlbaum, Hillsdale New Jersey 1986; 373-96.

Kasl SV, Rosenfield S. The residential environment and its impact on the mental health of the aged. In: Birren JE, Sloane RB. *Handbook of mental health and aging*. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey 1980.

Keeler G. *Groepsverzorging. Meer dan verzorgen in groepen*. Cahiers Ouderdom en Levensloop. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1991.

Kleemeier RW. Intellectual changes in the senium. *Proceedings of the American Statistical Association* 1962; 1: 290-5.

Kliegl R, Baltes PB. Theory guided analysis of mechanisms of development and ageing through testing the limits and research of expertise. In: Schooler C, Schaie KW (eds). *Cognitive functioning and social structures over the life course*. Ablex Publications, Norwood NJ 1987.

Kosberg J, Gorman JF. Perceptions toward the rehabilitation potential of institutional aged. *The Gerontologist* 1975; 15: 398-403.

Koster-de Wit J, Bronts PAJM. Het signaleren van depressie in het verzorgingshuis. (artikel in voorbereiding, 1993)

Kruijer GJ. *Observeren en redeneren*. Boom, Meppel 1973.

Kuypers JA, Bengtson VL. Social breakdown and competence, a model of normal aging. *Human Development* 1973; 16: 181-201.

Labouvie-Vief G. Adult cognitive development: in search of alternative interpretations. *Merrill-Palmer Quarterly* 1977; 23: 227-63.

Labouvie-Vief G, Gonda JN. Cognitive strategy training and intellectual performance in the elderly. *Journal of Gerontology* 1976; 31: 327-32.

Lange J de. *Verward in het verzorgingshuis*. De zorg voor dementerende en depressieve ouderen. Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht 1991.

Langer EJ. The illusion of incompetence. In: Perlmutter LC, Monty RA (eds.). *Choice and perceived control*. Hillsdale, Erlbaum, New Jersey 1979.

Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; 34: 191-8.

Lawton MP. Clinical psychology? In: Eisdorfer C, Lawton MP. *The psychology of adult development and aging*. American Psychological Association, Washington DC 1973.

Lawton MP. *Environment and aging*. Monterey, California 1980.

Lawton MP. The impact of the environment on aging and behavior. In: Birren JE, Schaie KW (eds.). *Handbook of the psychology of aging*. Van Nostrand Reinhold, New York 1977.

Lawton MP. Competence, environmental press, and the adaptation of older people. In: Lawton MP, Windley PG, Byerts TO (eds.). *Aging and the environment*. Springer, New York 1982.

Lawton MP, Nahemow L. Ecology and the aging process. In: Eisdorfer C, Lawton MP (eds.). *Psychology of adult development and aging*. American Psychological Association, Washington DC 1973.

Lawton MP, Simon B. The ecology of social relationships in housing for the elderly. *The Gerontologist* 1968; 8: 108-15.

Leering C. *Gestoord menselijk functioneren*. Een onderzoek naar de structuur van de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) bij patiënten in verpleegtehuizen. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen 1968.

Lehr U. *Psychologie des Alterns*. Quelle und Meyer, Heidelberg 1972.

Lehr U. *Psychologie van de ouderdom*. Nederlandse vertaling. Van Loghum Slaterus, Deventer 1980.

Lewin K. *Field theory in social science*. Harper & Row, New York 1951.

Lieberman MA. Psychological correlates of impending death: some preliminary observations. In: Neugarten BL (ed). *Middle age and aging*. University of Chicago press, Chicago 1965.

Lieberman MA. Psychological correlates of impending death. *Journal of Gerontology* 1965; 20: 181-90.

Lieberman MA. Observations on death and dying. *The Gerontologist* 1966; 6: 70-3.

Lieberman MA. Some issues in studying psychological predictors of survival. In: Palmore E, Jeffers FC (eds.). *Prediction of life span*. Lexington, Mass, Heath 1971.

Lieberman MA, Coplan AS. Distance from death as a variable in the study of aging. *Developmental Psychology* 1970; 2: 71-84.

Linn MW, Linn BS, Stein S. Ratings of impairment and functional status in prediction of mortality. *Psychological Reports* 1975; 37: 988.

Litjens W. *Zo gezegd, zo gedaan*. Personeelsgedrag in het verzorgingshuis. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1989.

Loveren-Huyben CMS van. *Cognitieve competentie bij verzorgingshuisbewoners*. Een analyse van het lichamelijk en psychosociaal functioneren van nieuwe bewoners. Lezing Psychologencongres van het NIP. Groningen, november 1986.

Loveren-Huyben CMS van. *Zorg voor oude mensen*. Eindrapport van het proefproject in vijf verzorgingshuizen in Zuid-Holland. Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, Nijmegen 1990.

Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. *Hulpbehoevendheid in een verzorgingshuis*. Intern rapport 83 ISG 02, Katholieke Universiteit Nijmegen, Nijmegen 1983a.

Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg. Gedragsbeoordeling door het verzorgend personeel. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1983b; 14: 199-206.

Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (3). Het effect van organisatieveranderingen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1988; 19: 201-10.

Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der, Bronts PAJM. *Handleiding voor de BPS*. Beoordelingschaal voor Psychische en Sociale problemen in het verzorgingshuis. Van Loghum Slaterus, Deventer 1988.

Loveren-Huyben CMS van, Bronts PAJM, Bom JA van der. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (5). De laatste levensfase. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1992; 23: 2-11.

Loveren-Huyben CMS van, Dongen GAM van. Het verzorgingshuis: een bron van toenemende zorg (4). De evaluatie van groepsopvang. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989; 20: 107-14.

- Loveren-Huyben CMS van, Engelaar HFWJ, Hermans MBM, Bom JA van der, Leering C, Munnichs JMA *Dubbelblind klinisch en psychologisch onderzoek met co-dergocrine bij ouderen met psychische achteruitgang Onderzoeksrapport* Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1983
- Loveren-Huyben CMS van, Engelaar HFWJ, Hermans MBM, Bom JA van der, Leering C, Munnichs JMA *Double-blind clinical and psychologic study of ergoloid mesylates (hydergine ®) in subjects with senile mental deterioration Journal of the American Geriatrics Society* 1984, 32 584-8
- Loveren-Huyben CMS van, Toonen RM, Bom JA van der *Het verzorgingshuis een bron van toenemende zorg (2) Gedragsbeoordeling over tweeënhalf jaar Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1985, 16 135-40
- Loveren-Huyben CMS van, Toonen RM, Bom JA van der, Deeg D, Schrijnemakers JMC *Hulpbehoevendheid in het verzorgingshuis Deel III* Katholieke Universiteit Nijmegen, Intern Rapport 88 ISG 01, 1988
- Lubek J van *Kwaliteitsprofiel groepsverzorging in verzorgingshuizen* Gelders Instituut voor Welzijn en Gezondheid, Arnhem 1994
- Luteijn F, Niemeyer J, Sipsma DH, Haar HW ter *Een schatting van het aantal geestelijk gestoorde bejaarden in de bejaardenhuizen in Friesland Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 1974, 5 147-52
- Lutsky NS *Attitudes toward old age and elderly persons Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 1980, 287-336
- MacDonald ML, Butler AK *Reversal of helplessness producing walking behavior in nursing home wheelchair residents using behavior modification procedures Journal of Gerontology* 1974, 29 97-101
- Manton KG, Siegler IC, Woodbury MA *Patterns of intellectual development in later life Journal of Gerontology* 1986, 41 486-99
- Marcoen A *Ouder worden en ouderdom Beeld en tegenbeeld Acta Hospitalia* 1988, 28 35-48
- Marcoen A *Zorg laten aansluiten bij de psychologie van de oude zorgbehoevende mens* In Zwanikken W (ed) *Handboek wonen en werken in een verzorgingshuis* Acco, Amersfoort/Leuven 1991
- Marcoen A *Beeldvorming met betrekking tot bejaarden* In *Welzijnsdids-Noden*, Ouder worden 1993, 8
- Maxwell RJ *Doomed status observations on the segregation of impaired people Psychiatric Quarterly* 1975, 5 3-14
- McClannahan LE, Risley TR *Designs of living environments for nursing-home residents increasing participation in recreation activities Journal of Applied Behavior Analysis* 1975, 8 261-8
- McEwen CA *Continuities in the study of total and nontotal institutions Annual Review of Sociology* 1980, 6 143-85
- Mertens F *Verhuizen van ouderen* In Nies HLGR, Kroone ThJM, Baeyens JP, Bakker MLJ, Dooghe G, Grondelle NJ van, Pennenkamp PHB, Verstraten PFJ (eds) *Handboek ouder worden* Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1990, 4 II 5
- Mertens F *T(e)huis beter af? Resultaten van een twaalfjarig longitudinaal onderzoek naar het verhuizen van ouderen naar een verzorgingshuis of bejaarden-woning Quickprint*, Nijmegen 1991
- Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk *Formatie-onderzoek bejaardenoorden Ontwikkeling van een methode ter bepaling van de benodigde personeelsbezetting in bejaardenoorden Uitgevoerd door Twijnstra en Gudde NV, Deventer Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage* 1978

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Indicatiecommissie bejaardenoorden 1 januari 1981 - 31 december 1981*. Door de commissies ex artikel 6j van de Wet op de Bejaardenoorden behandelde adviesaanvragen. Statistisch Cahier 25. Rijswijk 1982.

Mueller DJ, Atlas L. Resocialization of regressed elderly residents: a behavioral management approach. *Journal of Gerontology* 1972; 27: 390-2.

Munnichs JMA. *Bouwstenen voor een sociale gerontologie*. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen 1972.

Munnichs JMA. *Voorzieningen voor ouderen: visie op ouderdom*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1984 (derde, geheel herziene druk).

Munnichs JMA. Historische schets van de psychogerontologie. In: Munnichs J, Uildriks G (eds.). *Psychogerontologie*. Een inleidend leerboek. Van Loghum Slaterus, Deventer 1989; 11-24.

Munnichs JMA. *Gerontologie, levensloop en biografie*. Afscheidscollege Katholieke Universiteit Nijmegen. Van Loghum Slaterus, Deventer 1990.

Munnichs JMA. Ouderen, levensvragen, levenstaken en zingeving. In: Knippenberg M van (ed.). *In het spoor van het verhaal. Ouderen en pastoraat*. Uitgeverij Kok, Kampen 1993.

Munnichs JMA, Janmaat FJF. *Ouderdomsbefef, gezondheidstoestand en sociale relaties bij bejaarden*. Validiteit van bewoners van verzorgingstehuizen. Gerontologisch Centrum Nijmegen, rapport nr. 2, Nijmegen 1969.

Naafs J, Knippers EWA, Akker PAM van den, Tits MHL van. *Verzorgingshuizen op weg naar hun toekomst*. IVA, Tilburg 1994.

Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen. *De ontwikkeling van verzorgingstehuizen en verpleeghuizen*. Utrecht 1985.

Neumann E-M. "Ich danke Ihnen daß ich das allein machen durfte"! Modifizierbarkeit von Unselbständigkeit bei Altenheimbewohnern: eine Interventionsstudie mit Pflegekräften. Dissertation, Freie Universität Berlin 1986.

Nie NH, Hull CH, Jenkins JG, Steinbrenner K, Bent DH. *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*. McGraw-Hill, New-York, 1979.

Nieland JF. Onderzoek naar de aanwezigheid van psychosociale problematiek onder verzorgingshuisbewoners. In: Genuchten HJM van, Schijndel PLW van, Wijhe RHJ van (eds.). *Info-bulletin*. Bureau voor Toegepaste Sociale Gerontologie, Nijmegen 1992.

Nies HLGR. *Beleidsonderzoek in de ouderenzorg*. Bureau Bêta, Nijmegen 1992.

Noelker LS, Poulshock SW. Intimacy: Factors affecting its development among members of a home for the aged. *International Journal of Aging and Human Development* 1984; 19: 177-90.

Olde Meule JCG. *Kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar lichamelijke en psychosociale problemen van verzorgingshuisbewoners*. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1987.

Oud H, Reelick F, Raaijmakers M. *Time Data Analysis Program (TIDA)*. Keyword version. Katholieke Universiteit Nijmegen, Orthopedagogiek, RTD/PAW, Nijmegen 1986.

Palmore E, Cleveland W. Aging, terminal decline and terminal drop. *Journal of Gerontology* 1976; 31: 76-81.

Parmelee PA, Lawton MP. The design of special environments for the aged. In Birren JE, Schaie KW (eds.). *Handbook of the psychology of aging*. Academic Press, New York 1990.

Parr J. The interactions of persons and living environments. In: Poon LW (ed.). *Aging in the 1980's*. American Psychological Association, Washington DC 1980.

Pincus A The definition and measurement of the institutional environment in homes for the aged *The Gerontologist* 1968, 8 207-10

Pincus A, Wood V Methodological issues in measuring the environment in institutions for the aged and its impact on residents *Aging and Human Development* 1970, 1 117-26

Posner J Notes on the negative implications of being competent in a home for the aged *International Journal of Aging and Human Development* 1975, 5 357-64

Quattrochi-Tubin S, Jason LA Enhancing social interactions and activity among the elderly through stimulus-control *Journal of Applied Behavior Analysis* 1980, 13 159-63

Quinn JL Attitudes of professionals toward the aged In Maddox GL (ed) *The encyclopedia of aging* Springer, New York 1987, 45-7

Ranst N van *Stageverslag*, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1989

Reed WL, Washington BB Social well-being of institutionalized elderly persons *International Journal of Aging and Human Development* 1984, 19 311-8

Reimanis G, Green RF Imminence of death and intellectual decrement in the aging *Developmental Psychology* 1971, 5 270-2

Remmerswaal PWM CBS-statistiek van de bejaardenoorden *Nederlands Tydschrift voor Gerontologie* 1970, 1 42-50

Riegel KF, Riegel RM Development, drop, and death *Developmental Psychology* 1972, 6 306-19

Riegel KF, Riegel RM, Meyer G A study of the dropout rates in longitudinal research on aging and the prediction of death *Journal of Personality and Social Psychology* 1967, 5 342-8

Ringoir DJB Problemen rond bejaarden met psychische stoornissen in het verzorgingshuis *Senior* 1983, 29 580-3

Rinia F *Kenmerken van verzorgingshuisbewoners* Een veldonderzoek in opdracht van de Alkmaarse verzorgingstehuizen Intern rapport Riagg Alkmaar, Alkmaar 1991

Robins LN, Helzer JE, Ratchiff KS National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule *Archives of General Psychiatry* 1981, 38 381-390

Rodin J, Langer EJ Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged *Journal of Personality and Social Psychology* 1977, 35 897-902

Rosenthal R, Rosnow I (eds) *Artefacts in behavioral research* Academic Press, New York 1969

Ross L The intuitive psychologist and his shortcomings Distortions in the attribution process In Berkowitz L (ed) *Advances in experimental social psychology* Academic press, New York 1977

Rowe JW, Kahn RL Human aging usual and successful *Science* 1987, 237 143-9

Sande JP van de *Gedragsobservatie een inleiding tot systematisch observeren* Wolters-Noordhoff, Groningen 1986

Savage RD, Britton PG, Bolton N, Hall EH *Intellectual functioning in the aged* Methuen & Co Ltd, London 1973

Schae WK, Willis SL (eds) *Adult development and aging* Little Brown Company, Boston 1986

Schmitz-Scherzer R Terminal Decline - ein problematisches Konstrukt? Eine Studie bei Personen mit 8 und 9 Lebensjahrzehnt *Zeitschrift für Gerontologie* 1984, 17 318-2

Schrijnemakers JMC *Verslag van research-activiteiten in het kader van een onderzoeksstage* Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1986



Schulz R. The Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; 33: 563-73.

Schulz R, Hanusa BH. Long-term effects of control and predictability on the psychological and physical well-being of the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology* 1978; 36: 1194-201.

Schulz R, Hanusa BH. Environmental influences on the effectiveness of control- and competence-enhancing interventions. In: Perlmutter LC, Monty RA (eds.). *Choice and perceived control*. Erlbaum, Hillsdale New Jersey 1979.

Seligman MEP. Helplessness. *On depression, development and death*. Freeman, San Francisco 1975.

Shader RI, Harmatz JS, Salzman C. A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz clinical assessment-geriatric scale (SCAG). *Journal of the American Geriatrics Society* 1974; 22:107-13.

Sheikh K, Brennan PJ, Meade FW, Smith DS, Goldenberg E. Predictors of mortality and disability in stroke. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1983; 37: 70-4.

Shelton EJ, Campbell AJ. Changes in levels of dependency and predictors of mortality in elderly people in institutional care in Dunedin. *Community and Health Studies* 1986; 10: 463.

Siegler IS. The terminal drop hypothesis: fact or artifact? *Experimental Aging Research* 1975; 1: 169-85.

Smyer MA, Gatz M. Intervention research approaches. *Research on Aging* 1986; 8: 536-58.

Spauwen-Micka E. Het verzorgingshuis. Een woonplaats, verzorgingsinstituut of leefwereld voor oudere mensen? *Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie* 1975; 6: 166-71.

Sperbeck DJ, Withbourne SK. Dependency in the institutional setting: a behavioral training programme for geriatric staff. *The Gerontologist* 1981; 21: 268-75.

Steuer J, LaRue A, Blum JE, JarvikLF. "Critical loss" in the eighth and ninth decades. *Journal of Gerontology* 1981; 36: 211-3.

Tankink M. Groepsverzorging in een verzorgingstehuis voor bejaarden met dementieverschijnselen. *Maandblad aktiviteitensektor* 1983; 4: 289-94.

Toonen RM, Loveren-Huyben CMS van, Bom JA van der. *Hulpbehoevendheid in het verzorgingshuis Deel II*. Katholieke Universiteit Nijmegen. 84 ISG 03, Nijmegen 1984.

Townsend P. *The last refuge*. London 1962.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Nota Ouderen in Tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994*. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1990a.

Tweede Kamer der Staten Generaal. *Nota Ouderen in Tel. Beeld en beleid rond ouderen 1990-1994*. Deelnota: Gegevens over ouderen. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1990b.

Twining TC, Allen DC. Disability factors among residents of old people's homes. *Journal of Epidemiology and Community Health* 1981; 35: 205-7.

Ven L van de. De contacten tussen de bewoner en diens vitale relaties bevorderen. In Zwanikken W (ed.). *Handboek wonen en werken in een verzorgingshuis*. Acco, Amersfoort/Leuven 1989.

Verhaeghen P. *Een bron van toenemende zorg: de situatie in het verzorgingshuis*. Stageverslag, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1989.

Verhaeghen P, Marcoen A. Psychosociale kenmerken van het verzorgingshuis. *Acta Hospitalia* 1989; 29: 5-19.

Verhaeghen P, Bronts PAJM, Westerhoven FMGD van, Loveren-Huyben CMS van. *Over verzorging en oververzorging: hulpbehoevendheid als oorzaak en gevolg van zorg*. Niet gepubliceerd manuscript.

Verstraten PFJ, Eekelen CWJM van. *Handleiding voor de GIP*. Gedragsobservatieschaal voor de intramurale psychogeriatrie. Van Loghum Slaterus, Deventer 1987.

Verzorgingshuis 'De Oldenhaag'. *Evaluatieverslag groepsverzorging 'De Oldenhaag'*. 1984.

Vink MT, Kam P van der, Diesfeldt HFA. Gedragsproblemen in verzorgingstehuizen. Een inventarisatie in zes verzorgingstehuizen en een vergelijking in enkele verpleeghuizen. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1989; 20: 3-11.

Wahl H-W. *Unselbständigkeit und Selbständigkeit alter Menschen in Pflegeinteraktionen*. Eine empirische Analyse von subjektiven und objektiven Indikatoren. Dissertation, Freie Universität Berlin 1989.

Wahl H-W. Dependence in the elderly from an interactional point of view: verbal and observational data. *Psychology and aging* 1991; 6: 238-46.

Wahl H-W, Baltes MM. Die Mikroökologie alter Menschen: Forderung nach Autonomie und Sicherheit. In Petzhold H (eds.). *Die Lebenswelten des alten Menschen*. Junfermann, Paderborn (ter perse).

Weisz JR. Can I control it? The pursuit of veridical answers across the life span. In: Baltes PB. *Lifespan development and behavior Vol 5*. Academic Press, New York 1983.

Weisz JR, Stipek DJ. Competence, contingency, and the development of perceived control. *Human Development* 1982; 25: 250-81.

Wel GW van der, Rossum JA van, Majoor B, Slootweg S, Nouws H. Verzorgingshuizen in beeld. De veranderende functie van intramurale voorzieningen voor ouderen. Achtergrondstudie bij Commissie modernisering ouderenzorg "Ouderenzorg met toekomst". Rijswijk 1994.

Welford AT. Retraining and plasticity. In: Maddox GL (ed.). *The encyclopedia of aging*. Springer, New York 1987; 585-6.

Westerhoven FMGD van. *Geheugentraining in het verzorgingshuis*. Een onderdeel van een interventieproject ter voorkoming van onnodige hulpbehoefte. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1988.

Westerhoven FMGD. *Kwaliteit van organisatie, zorg en arbeid, een kwalitatieve beschrijving*. Nijmegen 1988.

Westerhoven FMGD, Bronts PAJM. Arbeidstevredenheidsvragenlijst (ATV). Nijmegen 1988.

Westerhoven FMGD van, Loveren-Huyben CMS van, Bronts PAJM. *Kwaliteit van zorg en arbeid*. Zorg voor oude mensen Zeeland. Eindrapport. Katholieke Universiteit Nijmegen, Vakgroep Psycho-gerontologie / Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies, Nijmegen 1992.

White CB, Janson P. Helplessness in institutional settings: adaptation or iatrogenic disease? In: Baltes MM, Baltes PB (eds.). *The psychology of control and aging*. Erlbaum, Hillsdale New Jersey, 1986; 297-314.

Whitehead A. Outcome in elderly psychiatric patients: implications of cognitive change. *British Journal of Clinical Psychology* 1982; 21: 225-6.

Wierik MJM te, Dijk P van, Stomph ECA, Frederiks CMA, Hollands L. *Substitutieprojecten verpleeghuiszorg*. Een onderzoek naar zorgzwaarte en kwaliteitsaspecten van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen. Kavanah, Dwingelo 1994.

Wierik MJM te, Frederiks CM. De hulpbehoefte en opnamewens van positief geïndiceerden; een vergelijking met verzorgingshuisbewoners. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1990; 21: 115-23.

Wilkie F, Eisdorfer C. Terminal changes in intelligence. In: Palmore E (ed.). *Normal aging II*. Duke University Press, Durham 1974.

Willis SL, Baltes PB. Intelligence in adulthood and aging: contemporary issues. In: Poon LW (ed.). *Aging in the 1980's*. American Psychological Association, Washington 1980; 260-72.

Windley PG, Scheidt RJ. Person-environment dialectics: implications for competent functioning in old age. In: Poon LW (ed.). *Aging in the 1980's*. American Psychological Association, Washington DC 1980.

Wolf J. *Een onderzoek naar de geschiktheid van de Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen, BPS, ter bepaling van hulpbehoefendheid in verpleeghuizen*. Doctoraalscriptie, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht 1992.

Zanden GHJM van der. Levensloop en instituutopname: de versluierende werking van het percentage. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* 1982; 13: 139-46.

Zijlstra Y. *De rol van de instructie in cognitief testonderzoek bij ouderen*. Doctoraalscriptie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Intervakgroep Sociale Gerontologie, Nijmegen 1986.



## **Bijlagen**

- |                  |  |
|------------------|--|
| <b>Bijlage 1</b> | <b>Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen (BPS)</b> |
| <b>Bijlage 2</b> | <b>Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen Personeel (ADLP)</b>      |



## Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen, BPS

Persoonsnummer	Verzorgingshuis
Waarnemingsnummer	Naam
Deelnamenummer	Plaats

Datum
Kwartaal

Naam	mw/dhr <sup>1</sup>
Afdeling	
Kamernummer	

Groepsverzorging	ja/nee <sup>1</sup>
Dagbehandeling	ja/nee <sup>1</sup>

Burgerlijke staat	gehuwd/weduwe of weduwnaar/ongehuwd/ gescheiden/religieus <sup>1</sup>
Geboortedatum	
Opnamedatum	
Huisarts	

Beoordelaars	Naam	Functie
1		1
2		2

### Belangrijke veranderingen in levensomstandigheden van de bewo(o)n(st)er

- echtgeno(o)t(t)e overleden/gehuwd/samenwonen<sup>1</sup> (datum)
- intern verhuisd (datum, nieuw kamer- en afdelingsnummer)
- extern verhuisd (datum, ander verzorgingshuis/bejaardenwoning/  
bij familie/zelfstandig)
- opname ziekenafdeling (periode, reden, dag en/of nacht)
- opname ziekenhuis (periode, reden)
- opname verpleeghuis (datum, reden, soort verpleeghuis)
- datum overlijden

<sup>1</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is

Cognitie
Stemming
Sociaal contact

Naam:

Kamernummer:

Datum:

	0 nooit	1 zelden	2 soms	3 vaak	4 zeer vaak
1. Is geïrriteerd en mopperig					
2. Is in zichzelf gekeerd					
3. Is ontevreden over de verzorging					
4. Verzet zich als hem/haar iets gevraagd wordt te doen					
5. Is onsamenhangend als hij/zij met je praat					
6. Werkt niet mee; is niet bereid tot samenwerking					
7. Negeert wat om hem/haar heen gebeurt					
8. Kan in huis de weg niet vinden					
9. Geeft anderen de schuld van zijn/haar moeilijkheden					
10. Jammert en klaagt					
11. Is neerslachtig of gedeprimeerd					
12. Is nergens in geïnteresseerd					
13. Is wantrouwend en achterdochtig					
14. Moet in de gaten worden gehouden					
15. Ziet er slordig uit					
16. Dwaalt van het onderwerp af als je met hem/haar praat					
17. Heeft moeite met onthouden					
18. Is snel overstuurd als kleine dingen fout gaan					
19. Begrijpt niet wat je hem/haar duidelijk wilt maken					
20. Is veeleisend					
21. Is verward					
22. Heeft moeite met het nemen van beslissingen (ook bij kleine dingen)					
23. Zit overdag te suffen					
24. Is 's nachts onrustig					
25. Is dingen kwijt					



## Vervolg

	nooit 0	zelden 1	soms 2	vaak 3	zeer vaak 4
26. Moet aangemoedigd worden om aan activiteiten deel te nemen					
27. Trekt zich terug op de kamer					
28. Is eenzaam					
29. Heeft weinig interesse in de omgeving					
30. Dwaalt (doelloos) door het huis of buiten					
31. Maakt seksueel getinte opmerkingen of gebaren					
32. Laat merken dat hij/zij een einde aan zijn/haar leven wil maken					
33. Is agressief ten opzichte van anderen (in daden)					
34. Uit zich door schelden, schreeuwen of vloeken					
35. Vertoont tekenen van overmatig medicijn- of alcoholgebruik					

	ongestoord 0	licht gestoord 1	matig gestoord 2	ernstig gestoord 3	geen contact mogelijk 4
36. Contactfuncties: – horen (met gehoorapparaat)					
– zien (met bril)					
– spreken					

37. Opmerkingen:

---



## A.D.L.P. Items

DATUM \_\_\_\_\_

Naam bewoner \_\_\_\_\_

Kamer nr \_\_\_\_\_

Afdeling \_\_\_\_\_

Naam beoordelaars \_\_\_\_\_

Functie \_\_\_\_\_

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

OMCIRKEL BIJ ONDERSTAANDE VRAGEN HET ANTWOORD DAT VAN TOEPASSING IS

---

1 Heeft bij het baden en/of wassen hulp nodig

0 geen hulp

1 hulp bij baden (niet bij dagelijks wassen)

2 hulp bij baden en enige hulp bij dagelijks wassen

3 volledige hulp bij baden en wassen

---

2 Heeft bij het verzorgen van zijn/haar bed hulp nodig

0 geen hulp

1 alleen hulp bij het verschonen van het bed

2 hulp bij het dagelijks opmaken en verschonen bed

---

3 Heeft bij het aan- en/of uitkleden hulp nodig

0 geen hulp

1 een beetje hulp bij het aankleden

2 een beetje hulp bij het aan- en uitkleden (A)

3 volledige hulp bij aan- en uitkleden (A)

---

4 Heeft hulp bij het eten nodig

0 geen hulp

1 een beetje hulp (bijv brood smeren en snijden, fruit schillen e d )

2 volledige hulp nodig bij het eten

---

5 Heeft hulp c q toezicht nodig bij het naar de w c gaan

0 vrijwel nooit

1 soms (een paar keer per week) (A)

2 vrijwel altijd (dagelijks) (A)

---

6 Tussen de normale periodieke kamerbeurten houdt de bewoner zijn kamer opgeruimd

0 vrijwel altijd

1 moet incidenteel geholpen worden (bijv af ten toe vaat wasen, kleding weghalen e d )

2 moet voor hem/haar dikwijls worden opgeruimd

---

7 Is incontinent voor urine en/of faeces

0 vrijwel nooit

1 soms (1 à 2 keer per week) (A)

2 dikwijls (meer dan 2 keer in de week of heeft een catheter)



## Curriculum vitae

Corrie van Loveren-Huyben werd op 2 november 1955 te Woensdrecht geboren. In 1974 behaalde zij het diploma Gymnasium-B aan het Mollerlyceum te Bergen op Zoom. Daarna studeerde zij psychologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. In maart 1981 studeerde zij af in de psychogerontologie.

Tijdens haar studie is zij vier jaar student-assistent geweest bij de Intervakgroep Sociale Gerontologie. Vanaf 1981 tot begin 1992 is zij bij dezelfde vakgroep werkzaam geweest, eerst twee jaar als onderzoeksmedewerker, daarna zes jaar als junior-wetenschappelijk medewerker. De laatste jaren was zij tevens coördinator van 'Zorg voor Oude Mensen in Zeeland', een project van onderzoek, scholing en organisatie-ontwikkeling.

Sinds 1989 is zij directeur van Van Loveren & Partners B.V. te Beuningen (tot augustus 1993 de Associatie voor Gerontologisch Onderzoek en Advies geheten), een onderzoeks- en adviesbureau dat is gespecialiseerd in de praktische gerontologie. In die functie is zij als psychosociaal adviseur verbonden aan enkele verzorgingshuizen. Bovendien is zij betrokken bij innoverende projecten in de welzijns- en gezondheidszorg voor ouderen.

Zij publiceerde in diverse tijdschriften, ondermeer in het *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie* en in het *Journal of the American Geriatrics Society*. Tevens publiceerde zij -samen met Jan van der Bom en Peter Bronts- *De handleiding voor de BPS. Beoordelingsschaal voor Psychische en Sociale problemen in het verzorgingshuis* (1988). Zij leverde een bijdrage aan het leerboek *Psychogerontologie* (1989) en aan *Contouren van het ouder worden* (1990). Daarnaast heeft zij gepubliceerd in tijdschriften op het gebied van de toegepaste wetenschap: *Senior*, *Denkbeeld*, *VDB Kontakt* en *Zorg en Ondernemen*.

Corrie van Loveren-Huyben is gehuwd met Ad van Loveren en is moeder van twee kinderen, Joris en Fianne.



# STELLINGEN

bij het proefschrift

*Ontwikkeling in verzorgingshuizen?*

C.M.S. van Loveren-Huyben

1. Achteruitgang in het psychosociaal functioneren van ouderen wordt eerder veroorzaakt door de omstandigheden waarin zij verkeren, dan door een louter intrinsiek proces dat onlosmakelijk is verbonden met het ouder worden in chronologische zin.
2. Zolang in het verzorgingshuis zorg wordt beloond, hebben alle betrokkenen (bewoners, personeel en leidinggevendenden) voordeel bij een negatieve beeldvorming.
3. Bewonersgerichte zorg vraagt ook van bewoners een andere mentaliteit. Zij worden geacht een actieve rol te spelen in het zorgproces.
4. Zowel de arbeidsmotivatie van personeel als het ziekteverzuim worden in gunstige zin beïnvloed door bewonersgerichte zorg.
5. Evacuatie bij overstromingsrisico doet een onverwacht groot deel van de competentie van verzorgingshuisbewoners boven water komen.
6. Wetenschappelijk onderzoek wordt door mensen uit de praktijk soms als zeer bedreigend ervaren. Het resultaat kan jarenlang gekoesterde beelden ontmaskeren.
7. Substitutie in de ouderenzorg is geen goede zaak zolang deze spontaan ontstaat en voorafgaat aan de wet- en regelgeving. Door te beperkte financiële en personele middelen is de kwaliteit van de zorg in de meeste gevallen onvoldoende, of te zeer afhankelijk van de persoonlijke kwaliteiten van individuele personen.
8. Een kind krijgen bevalt beter dan het schrijven van een proefschrift.





